



Relazione sulla performance 2019

Elaborata dalla UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS

INDICE

1. PRESENTAZIONE	3
2. SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	4
3. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE	11
3.1. IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO	11
3.1.1. <i>Le dinamiche nazionali e regionali e le ripercussioni interne</i>	11
3.1.2. <i>La Popolazione nel territorio dell'ASP di Palermo</i>	14
3.1.3. <i>Elementi socio-economici ed epidemiologici</i>	17
3.2. L'AMMINISTRAZIONE: CENNI GENERALI SULL'ASP DI PALERMO	21
3.3. LE RISORSE UMANE	29
3.4. LE RISORSE FINANZIARIE	32
3.5. LE ATTIVITÀ DEL CUG	36
3.6. LE ATTIVITÀ DELL'URP	38
4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	41
4.1. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2019-2021	41
4.2. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2019: OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNALI (TARGET 2019)	41
4.3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2019: OBIETTIVI ANNUALI 2019 PER STRUTTURA	66
4.4. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA.....	70
5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	94
5.1. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	94
5.2. GLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE INDIVIDUALE	98
6. PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE.....	100

ALLEGATO 1 - DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA

ALLEGATO 2 - LE SCHEDE DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA PER STRUTTURA CON I RISULTATI

ALLEGATO 3 - LE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE



1. PRESENTAZIONE

La relazione sulla Performance, prevista dal Decreto Legislativo n.150/09, è lo strumento attraverso il quale l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo illustra in maniera esemplificativa a tutti gli utenti e gli stakeholder, i principali risultati di gestione conseguiti, le performance delle singole strutture ottenute nell'anno 2019 rispetto ai singoli obiettivi programmati (ed esplicitati sul "Piano della Performance 2019-2021") e le risorse a disposizione, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

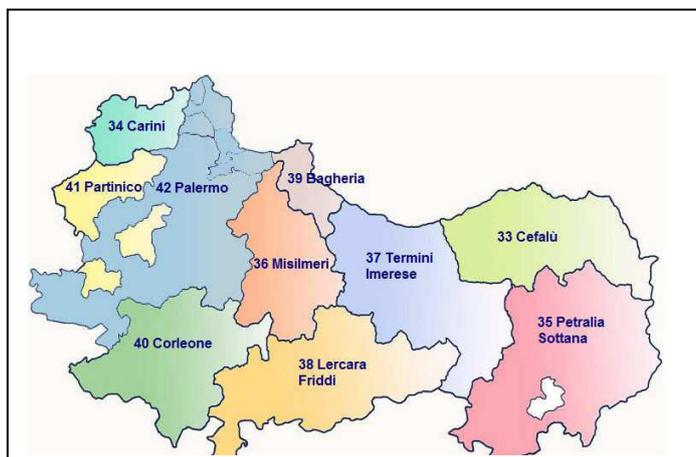
La relazione è disponibile e scaricabile sul sito web istituzionale dell'Azienda, come previsto dalla normativa (Decreto Legislativo n. 33/2013) in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata al primo livello "Amministrazione Trasparente" e al secondo livello "Performance".

Il percorso delineato dal Decreto Legislativo n. 150/2009 che prevede l'attivazione di un ciclo generale di gestione della performance, al fine di consentire alle amministrazioni pubbliche di organizzare il proprio lavoro in un'ottica di miglioramento della prestazione e dei servizi resi, disegna un sistema nel quale gli attori del servizio sanitario sono impegnati a riaffermare la fiducia del cittadino nell'operato della Pubblica Amministrazione, e assegna alla Relazione sulla Performance la funzione strumentale di rappresentazione a consuntivo dei risultati organizzativi ed individuali raggiunti, rispetto agli obiettivi programmati. Il recente Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 (c.d. "Decreto Performance PA") attribuisce ancora maggior rilievo all'adozione di tale documento, stabilendo in mancanza ulteriori sanzioni.

La presente Relazione sulla Performance è stata redatta in conformità alle recenti "Linee guida per la Relazione annuale sulla performance" emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica cui la normativa attribuisce funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance. Sebbene dette linee guida si rivolgano ai ministeri, gli indirizzi metodologici e le indicazioni di carattere generale sono applicabili anche alle altre amministrazioni dello Stato, che vi si adeguano in sede di predisposizione e validazione delle rispettive Relazioni.

Le Linee guida, nell'innovare le modalità di redazione della Relazione sulla Performance, hanno enfatizzato la necessità di privilegiare la sinteticità, la chiarezza espositiva, la comprensibilità (anche facendo ampio ricorso a rappresentazioni grafiche e tabellari dei risultati per favorire una maggiore leggibilità delle informazioni) considerato che il documento è anche uno *strumento di accountability* attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti.

2. SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI



UTENTI: 1.259.144 residenti nella provincia di Palermo e nelle isole di Lampedusa e Linosa

PERSONALE: 4.484 dipendenti a tempo indeterminato e determinato

RISORSE FINANZIARIE: € 2 MILIARDI circa

OSPEDALI: 6

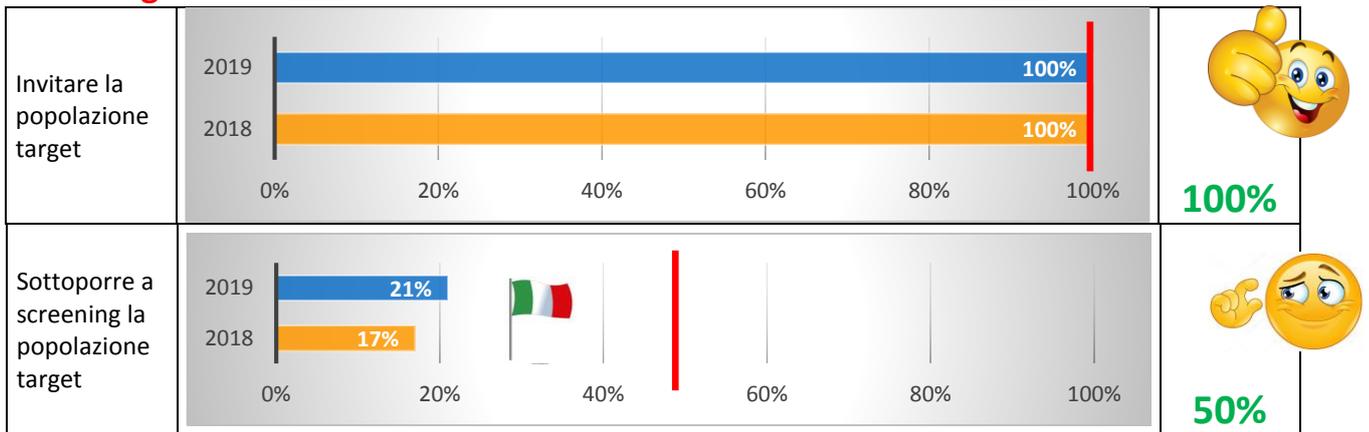
DISTRETTI SANITARI: 10 per l'assistenza territoriale

Alcuni risultati
del 2019

SCREENING ONCOLOGICI
ASP PALERMO

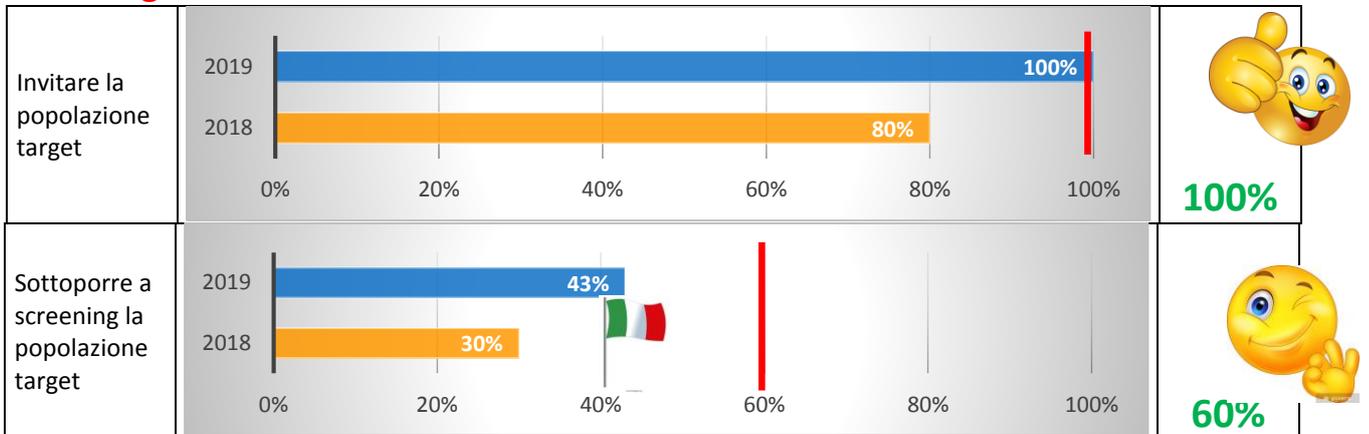


Screening del cervicocarcinoma



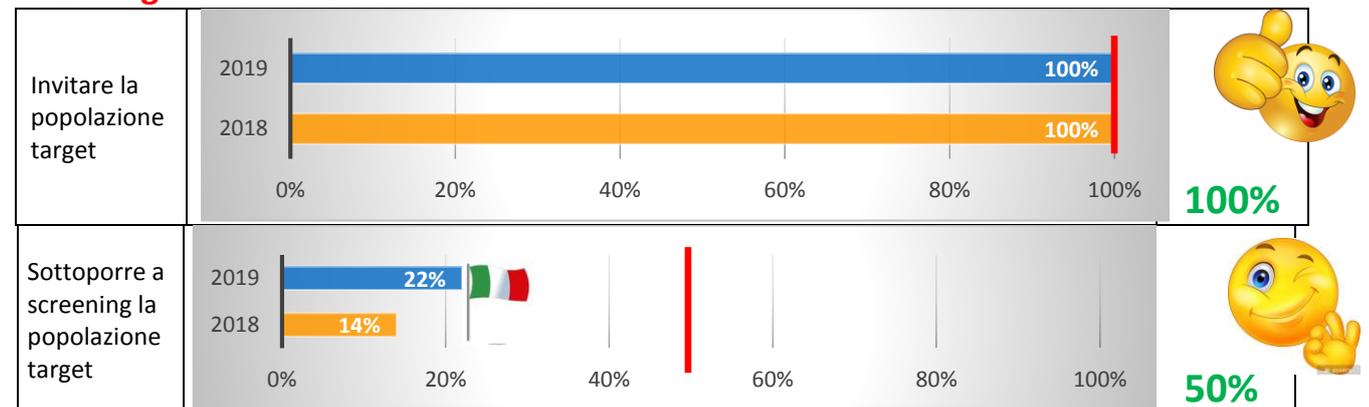
↑ valore medio Sud Italia

Screening del tumore della mammella



↑ valore medio Sud Italia

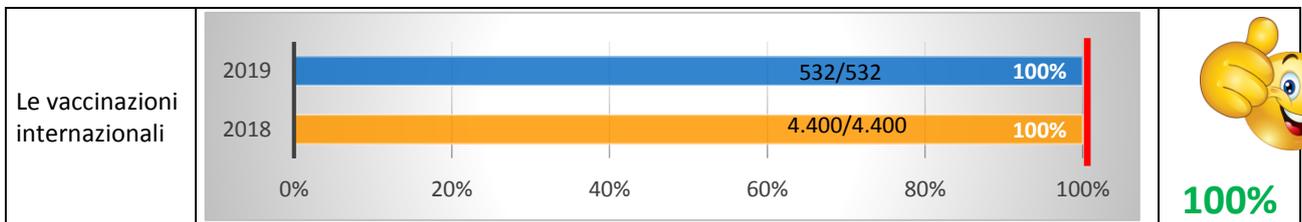
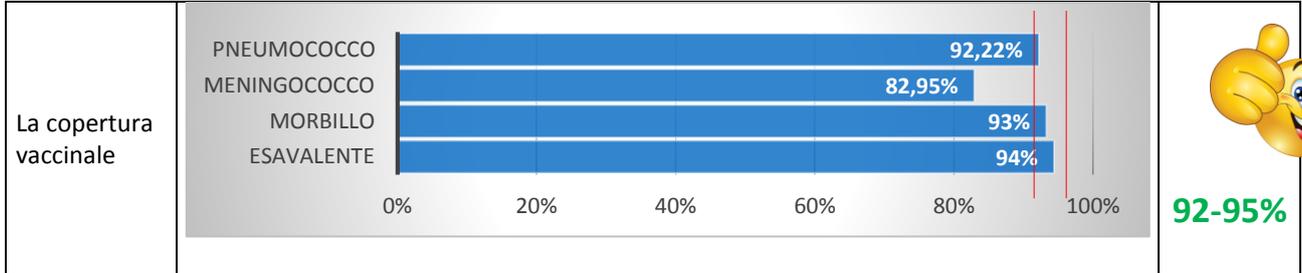
Screening del tumore del colonretto



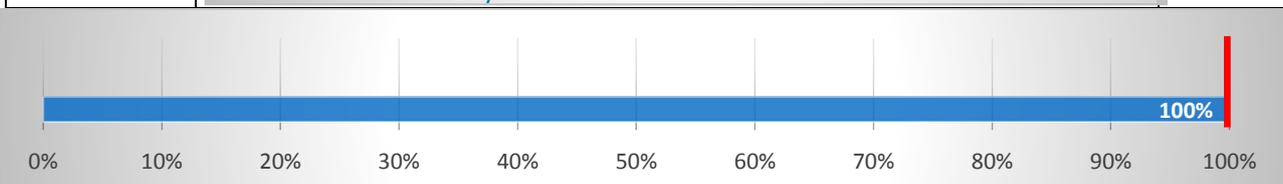
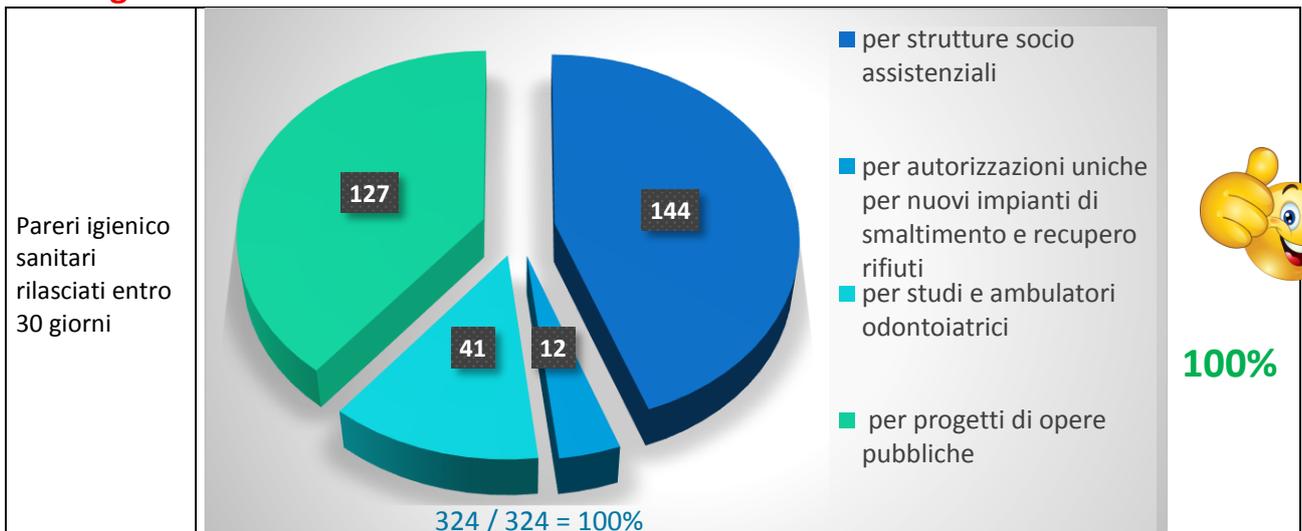
↑ valore medio Sud Italia



Vaccinazioni

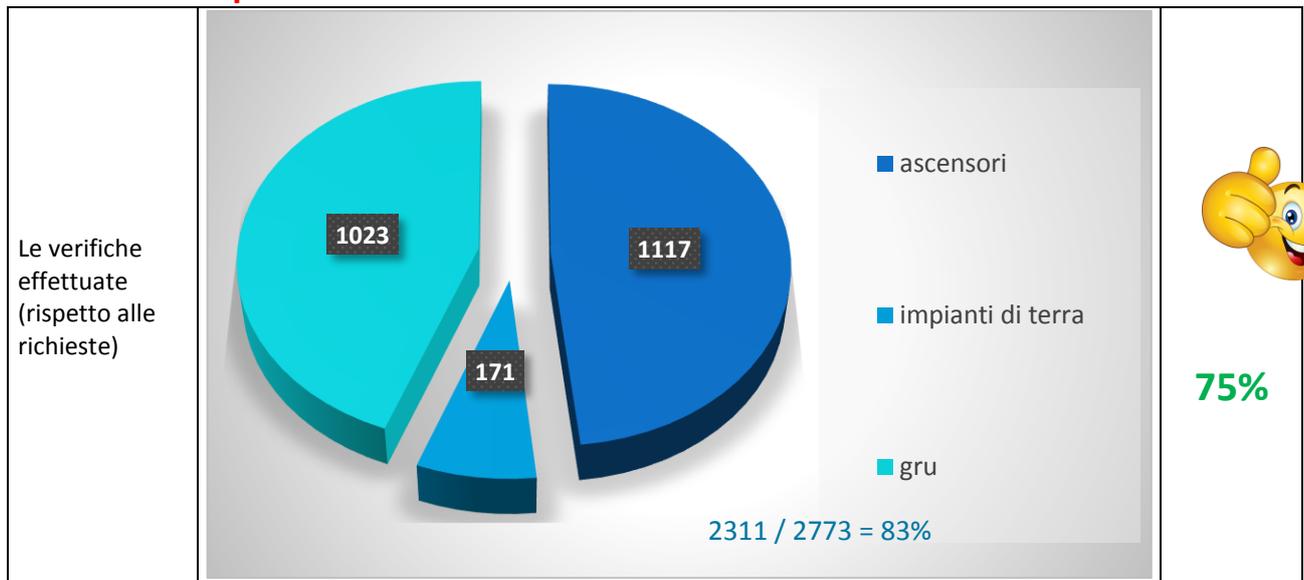


Pareri igienico-sanitari

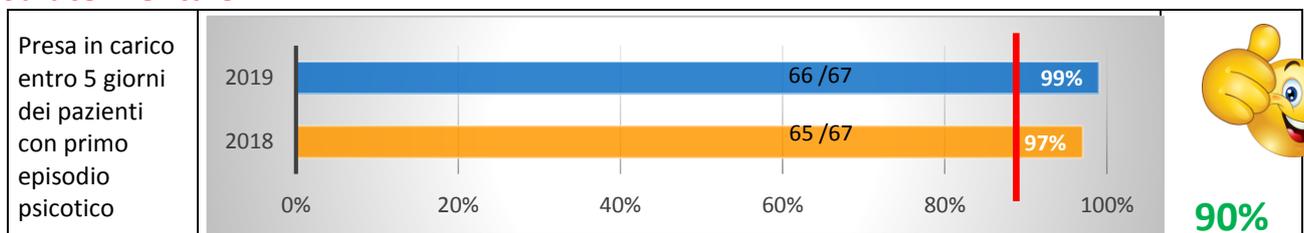




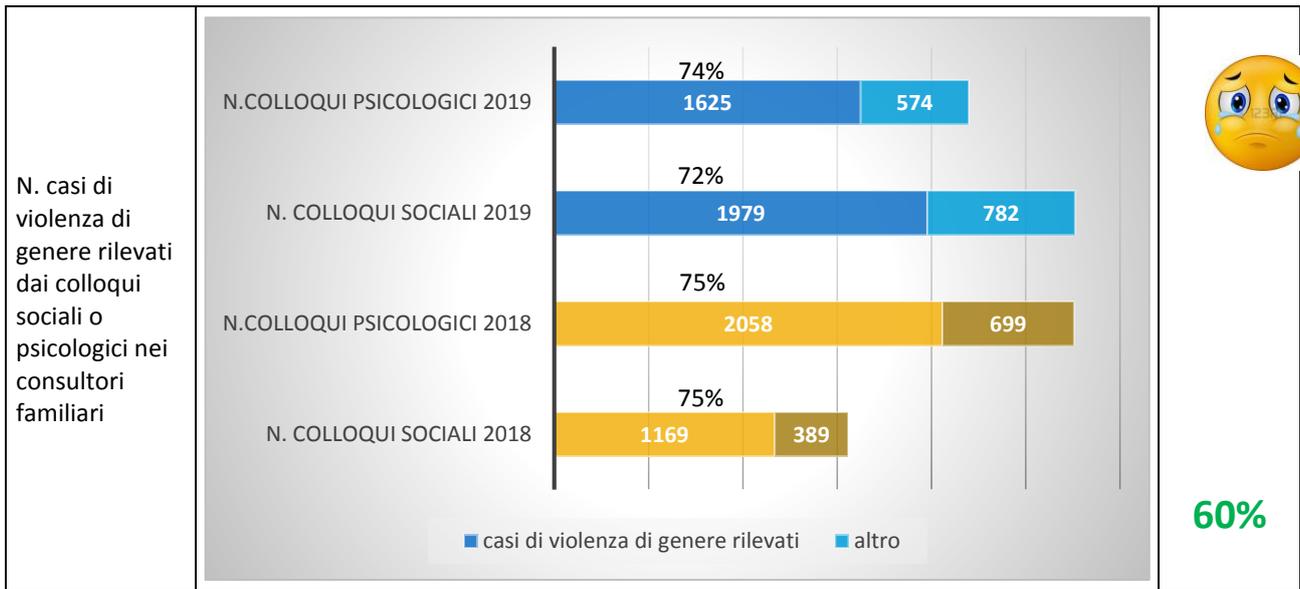
Verifiche su impianti e macchine



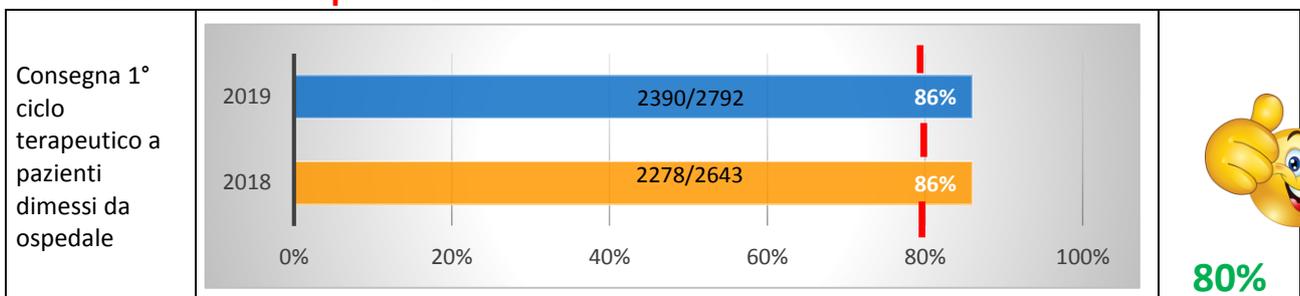
Salute mentale

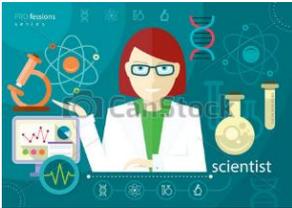


**VIOLENZA
DI GENERE**



Contenimento della spesa farmaceutica

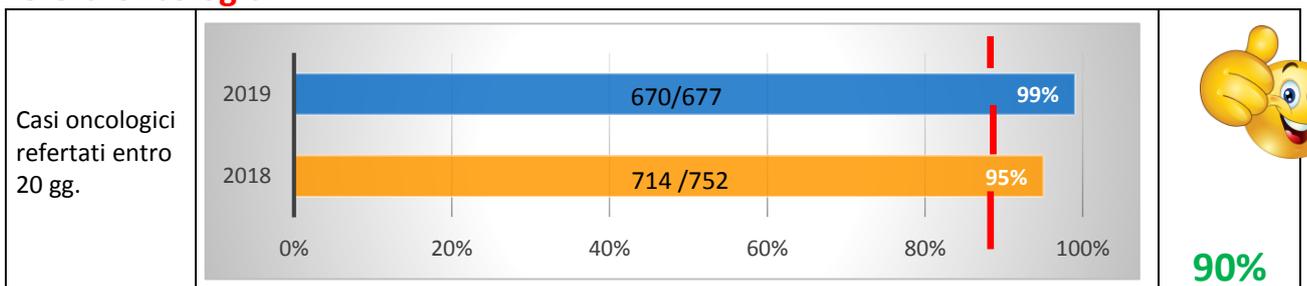




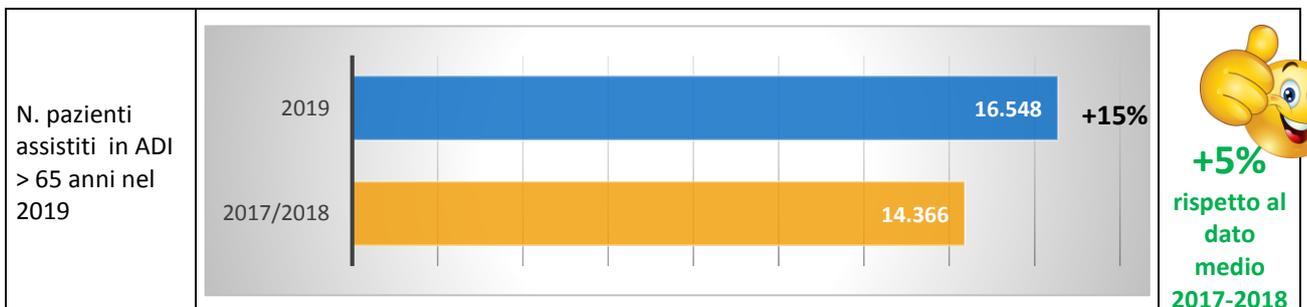
Apertura laboratori di analisi ospedalieri



Referti oncologici

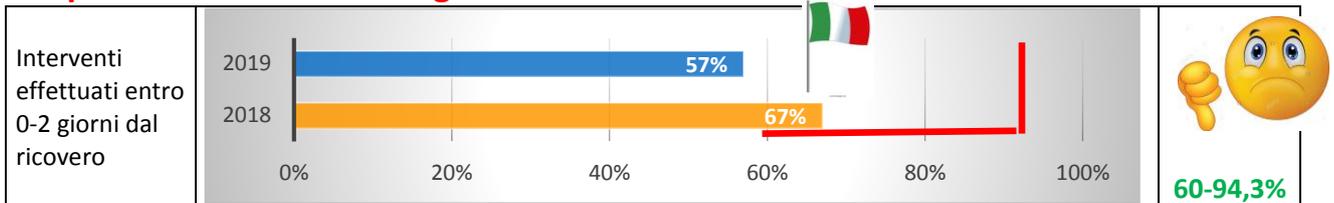


Disabilità e non autosufficienza

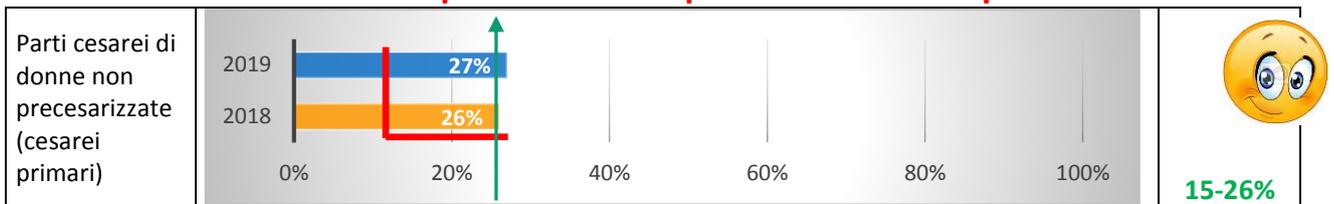




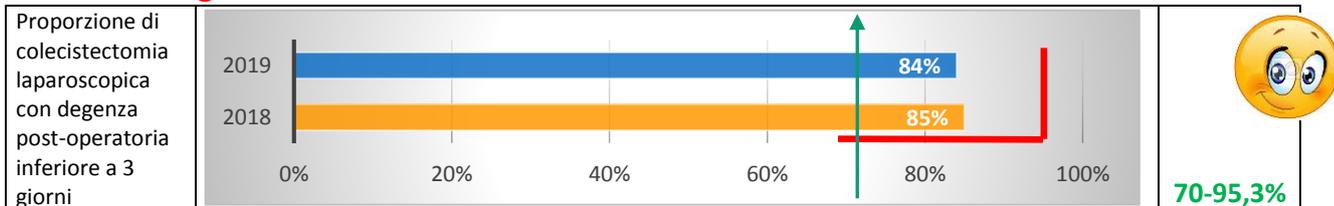
Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65



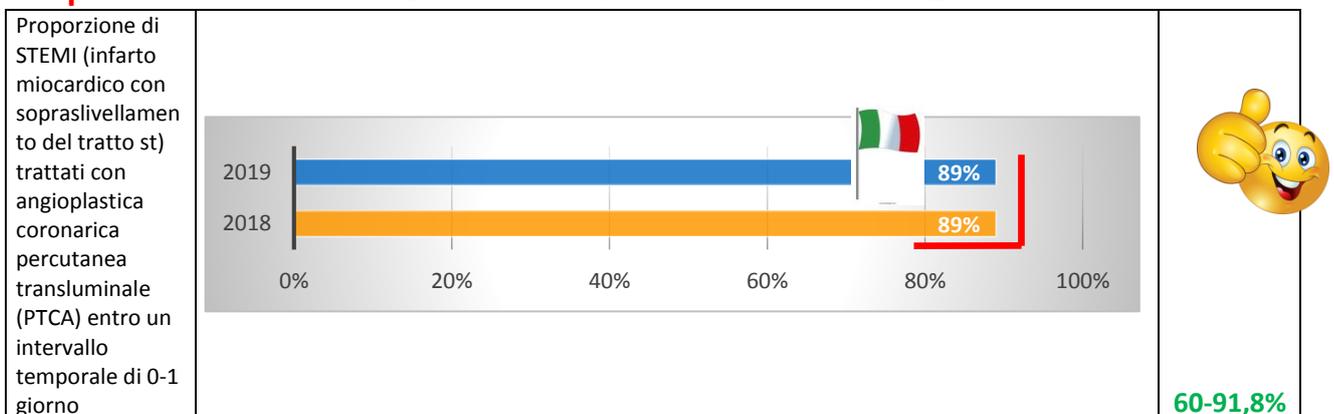
Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate



Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni



Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI





 = valore medio Italia 2017



3. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

3.1. IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

3.1.1. LE DINAMICHE NAZIONALI E REGIONALI E LE RIPERCUSSIONI INTERNE

Il contesto esterno di riferimento nel settore sanità è stato ben delineato dal Rapporto OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano) 2019 del quale si riportano di seguito sinteticamente alcune analisi.

Il Rapporto OASI 2019 conferma alcuni trend che possiamo definire ormai stabili e consolidati nell'attuale finestra storica del SSN e del settore sanitario italiano, esso si conferma un sistema «sobrio» e in equilibrio finanziario che, con risorse pressoché stabili, fronteggia bisogni crescenti, soprattutto negli ambiti della cronicità e della non autosufficienza.

La spesa sanitaria pubblica procapite in Italia è per quest'anno è stata pari a 1.900 euro, ovvero l'80% di quella inglese, il 66% di quella francese e il 55% di quella tedesca. Inoltre alla luce di una delle più alte aspettative di vita al mondo (83 anni), accompagnata da uno dei più bassi indici di natalità (1,32 figli) e dalla previsione ISTAT di un rapporto di 1 a 2 tra pensionati e popolazione in età di lavoro entro il 2040, il SSN non sembra essere in grado di tenere il passo con la crescita dei bisogni. Ciò lo si deduce anche dando uno sguardo al passato; infatti, tra il 2000 ed il 2018 gli occupati nella sanità sono aumentati del 18%, ma a questo incremento ha contribuito prevalentemente il settore privato anche se è cresciuto negli ultimi anni il numero dei medici del SSN. Anche in termini di spesa il privato ha superato il pubblico, con una crescita del 16% pari alla crescita dell'inflazione.

Questa tensione tra domanda e offerta risulta particolarmente impattante nel Sud del Paese, dove, peraltro, il contributo della spesa sanitaria privata delle famiglie è decisamente minore.

I mutamenti istituzionali in molte regioni e le dinamiche in atto nelle aziende ci consegnano un SSN e un settore sanitario in profonda trasformazione.

La *performance* del nostro SSN si colloca ai primi posti nel contesto europeo e mondiale per la qualità delle prestazioni, nonché per l'equità e l'universalità di accesso alle cure. Il miglioramento del livello generale delle condizioni di salute e la salvaguardia dello stato di benessere psicofisico della popolazione costituiscono un risultato importante sia sotto il profilo del soddisfacimento sanitario, sia in termini di contenimento della spesa sociale.

Negli ultimi 15 anni il SSN è stato interessato da importanti interventi di riforma che, gradualmente, hanno delineato un articolato sistema di *governance* che ha consentito di migliorare l'efficienza del settore, anche attraverso un'analisi selettiva delle criticità, fermo restando il principio della garanzia del diritto alla salute ed il rispetto dei vincoli di bilancio programmati.



Uno dei principali interventi di riforma è quello dell'Intesa fra Stato e Regioni; l'attività di analisi e monitoraggio della gestione della spesa sanitaria a livello regionale ha dimostrato che una gestione non efficiente delle risorse finanziarie in campo sanitario, oltre a determinare rilevanti disavanzi, comporta molto spesso una cattiva qualità dei servizi assicurati ai cittadini. Ne è una conferma il fatto che in tutte le regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari si è registrato, contestualmente alla riduzione del disavanzo, anche un miglioramento nell'erogazione dei LEA, seppure in misura non uniforme e con diversa velocità.

Il SSN ed anche quello regionale è più in affanno nelle aree della cronicità, della riabilitazione e delle cure intermedie, aree in cui il bisogno è in aumento a causa della crescita costante dell'età media degli italiani. La percentuale dei pazienti cronici è pari al 38% della popolazione, di cui quelli pluri-patologici rappresentano il 21% della popolazione. Questi pazienti cronici complessi assorbono gran parte dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, spingendo sempre più i pazienti occasionali a rivolgersi al circuito a pagamento, senza che vi sia una chiara politica in questa direzione e indirizzi sui profili di iniquità che così si stratificano.

Una riflessione specifica e preoccupata merita l'analisi del tasso di copertura dei bisogni di LTC (long term care): vi sono nel paese 2,8 milioni di persone non autosufficienti e soli 270.000 posti letto sociosanitari residenziali pubblici o privati accreditati.

Le cure domiciliari (ADI) offerte dal SSN restano di modesta intensità: in media, si tratta di 17 ore per paziente preso in carico, che, con pacchetti medi di 2 ore settimanali, si esauriscono in 9 settimane. Il rilevante bisogno di LTC degli anziani rimane senza risposte da parte del sistema a finanziamento pubblico sia per insufficienza strutturale di risorse, sia per la frammentazione delle competenze istituzionali. I bisogni di LTC in molti paesi europei sono coperti da specifici silos e meccanismi istituzionali dedicati. In Italia, invece, la competenza sulla LTC è frammentata e dispersa tra INPS, SSN ed enti locali, determinando un sistema contraddittorio e senza una possibile guida unitaria e quindi senza politiche complessive di settore. Queste condizioni rappresentano una minaccia di crescente intensità per l'equità del sistema di Welfare, per la funzionalità del SSN, per il governo della spesa assistenziale dell'INPS (assegni di accompagnamento) e della spesa sociale dei comuni, iniziando a determinare effetti di spiazzamento sulle rispettive finalità istituzionali. In tale contesto, sono le famiglie ad auto-organizzarsi i servizi nel 90% dei casi, o attraverso un impegno diretto nella cura del proprio parente, o con l'aiuto di un *caregiver* informale, o ricorrendo al ricovero sociosanitario in regime di solvenza completa.

Per quanto attiene la politica sanitaria regionale, nel 2019 sono state implementate le linee d'azione definite negli ultimi anni.

È stato continuato il lavoro per la rideterminazione della Rete Ospedaliera e Territoriale di cui al Decreto Assessoriale n.629 del 31/03/2017, concretizzatosi nel D.A. n.22 del 11/01/2019 di adeguamento



della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n. 70. Nelle more del suddetto D.A. hanno continuato a permanere limitazioni delle assunzioni a tempo indeterminato e degli incarichi a tempo determinato.

Come nel resto d'Italia, le vaccinazioni obbligatorie già dal 2017 sono aumentate da 4 a 10, con l'approvazione del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2017, n. 119.

Con DA del 31/07/2017, l'Assessorato della salute e l'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro hanno approvato il Documento, recante: "Il Servizio socio-sanitario regionale: Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie". Il primo Piano socio sanitario a distanza di oltre dieci anni che adotta un sistema di regole integrato che mette insieme l'assistenza sanitaria e quella sociale.

E' sempre un punto di riferimento il documento relativo agli "Obiettivi di Salute e Funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2016-2017", assegnato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, unitamente agli obiettivi Contrattuali Generali, volti alla efficacia e al miglioramento della qualità dei servizi, alla diminuzione dei tempi di attesa, al monitoraggio gli aspetti legati all'integrazione ospedale-territorio, etc..

Il suddetto quadro nazionale e regionale necessariamente ha influito sulla attività dell'Azienda nel 2019.

Anche in ambito aziendale prosegue l'impulso organizzativo verso un sistema incentrato più sulla prevenzione e sull'assistenza territoriale e meno sull'ospedalizzazione. L'ASP ha messo in atto le azioni e gli interventi in materia di prevenzione, educazione e promozione della salute previsti dalla programmazione operativa de Piano Aziendale della Prevenzione adottato con deliberazioni n.390 del 28/04/2016 e 489 del 30/06/2016.

Inoltre, l'ASP di Palermo ha provveduto a potenziare i Centri vaccinali del territorio ed ha anche allestito un ambulatorio vaccinale itinerante su un camper dedicato che ha stazionato in diverse piazze della città e dei comuni della provincia.

Sempre maggiore attenzione è stata posta alle aree della cronicità, della riabilitazione e delle cure intermedie.

Le conseguenze in Azienda del blocco delle assunzioni hanno determinato una critica carenza di personale sia nell'area ospedaliera che in quella territoriale, cui si è cercato di far fronte con le assunzioni a tempo determinato, pur condizionate da pesanti vincoli.

Il Presidente dalla Regione ha nominato , con D.A. N° 2491 del 18/12/2018 ,la Dr.ssa Daniela Faraoni Direttore Generale dal 18/04/2019.

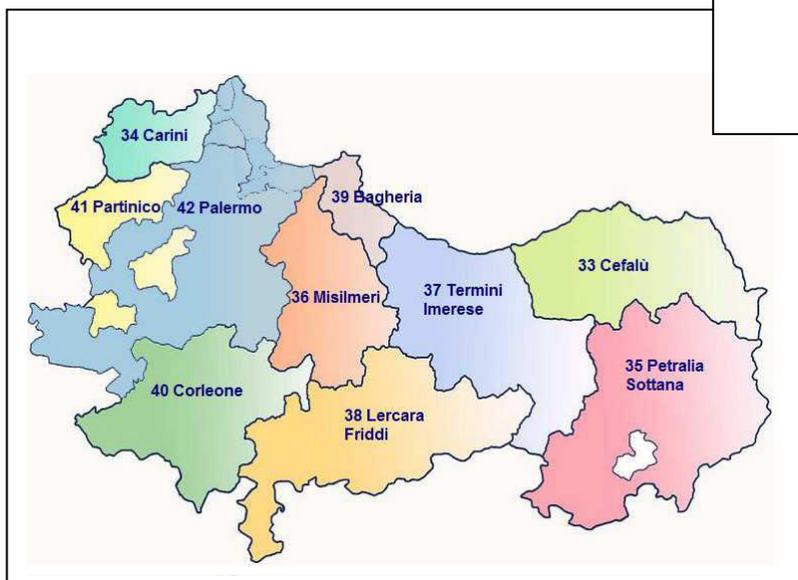
Il "sistema obiettivi 2016 – 30/06/2017", assegnato dall'Assessorato Regionale della Salute, è collegato anche nel 2019 in Azienda alle linee di sviluppo che si stanno implementando in relazione al D.Lgs.



27 ottobre 2009, n.150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, per la valutazione della performance.

3.1.2. LA POPOLAZIONE NEL TERRITORIO DELL'ASP DI PALERMO

La popolazione residente che fa capo all'ASP di Palermo è complessivamente pari a 1.259.144 (dato Istat 1.1.2019) di cui 6.556 residenti nelle isole Pelagie di Lampedusa e Linosa e la rimanente parte, pari a 1.252.588 (divisi in 605.997 maschi e 646.591 femmine) tutta popolazione residente a Palermo e Provincia, distribuita in 82 Comuni e 10 Distretti Sanitari.



POPOLAZIONE ALL' 01.01.2019 (Fonte: dati ISTAT)

Comuni	Maschi	Femmine	Totale
Alia	1.660	1.815	3.475
Alimena	892	1.025	1.917
Aliminusa	599	574	1.173
Altavilla Milicia	4.163	4.186	8.349
Altofonte	4.952	5.175	10.127
Bagheria	26.626	28.088	54.714
Balestrate	3.092	3.399	6.491
Baucina	978	961	1.939
Belmonte Mezzagno	5.543	5.695	11.238
Bisacquino	2.140	2.247	4.387
Bolognetta	2.090	2.104	4.194
Bompietro	604	698	1.302
Borgetto	3.680	3.679	7.359
Caccamo	4.005	4.076	8.081
Caltavuturo	1.871	1.996	3.867
Campofelice di Fitalia	238	240	478
Campofelice di Roccella	3.748	3.897	7.645
Campofiorito	609	628	1.237
Camporeale	1.580	1.613	3.193
Capaci	5.692	5.912	11.604
Carini	19.465	19.584	39.049
Castelbuono	4.230	4.389	8.619
Casteldaccia	5.745	5.943	11.688
Castellana Sicula	1.547	1.709	3.256
Castronovo di Sicilia	1.441	1.551	2.992
Cefalà Diana	493	515	1.008
Cefalù	6.973	7.336	14.309
Cerda	2.517	2.613	5.130
Chiusa Sclafani	1.286	1.442	2.728
Ciminna	1.749	1.880	3.629
Cinisi	6.044	6.220	12.264
Collesano	1.911	2.042	3.953
Contessa Entellina	820	848	1.668
Corleone	5.399	5.609	11.008
Ficarazzi	6.378	6.628	13.006
Gangi	3.155	3.410	6.565
Geraci Siculo	861	927	1.788
Giardinello	1.122	1.162	2.284
Giuliana	925	910	1.835
Godrano	602	570	1.172
Gratteri	440	470	910

Comuni	Maschi	Femmine	Totale
Isnello	722	743	1.465
Isola delle Femmine	3.594	3.561	7.155
Lascari	1.745	1.872	3.617
Lercara Friddi	3.190	3.536	6.726
Marineo	3.179	3.311	6.490
Mezzojuso	1.398	1.446	2.844
Misilmeri	14.552	14.830	29.382
Monreale	19.144	19.740	38.884
Monte Iepre	2.932	3.148	6.080
Montemaggiore Belsito	1.513	1.666	3.179
Palazzo Adriano	929	1.050	1.979
Palermo	316.812	346.589	663.401
Partinico	15.859	15.981	31.840
Petralia Soprana	1.549	1.617	3.166
Petralia Sottana	1.262	1.415	2.677
Piana degli Albanesi	3.097	2.973	6.070
Polizzi Generosa	1.525	1.671	3.196
Pollina	1.438	1.490	2.928
Prizzi	2.239	2.406	4.645
Rocca mena	690	760	1.479
Roccapalumba	1.153	1.236	2.389
San Cipirrello	2.582	2.711	5.293
San Giuseppe Jato	4.203	4.351	8.554
San Mauro Castelverde	765	777	1.542
Santa Cristina Gela	509	495	1.004
Santa Flavia	5.496	5.712	11.208
Sciara	1.377	1.401	2.778
Sclafani Bagni	202	216	418
Termini Imerese	12.613	13.248	25.861
Terrasini	6.238	6.450	12.688
Torretta	2.106	2.200	4.306
Trabia	5.350	5.146	10.496
Trappeto	1.554	1.586	3.140
Ustica	660	658	1.318
Valledolmo	1.649	1.805	3.454
Ventimiglia di Sicilia	918	964	1.882
Vicari	1.258	1.365	2.623
Villabate	9.778	10.182	19.960
Villafrati	1.610	1.691	3.301
Scillato	285	327	612
Blufi	457	499	956
TOTALE	605.997	646.591	1.252.588

Lampedusa e Linosa	3.414	3.142	6.556
--------------------	-------	-------	-------

Distribuzione della Popolazione residente al 01.01.2019 per Comuni/Distretti (FONTE: DATI ISTAT)

Distretto 33	Campofelice di Roccella	Castelbuono	Cefalù	Collesano	Gratteri	Isnello	Lascari	Pollina	San Mauro Castelverde	Totale
		7.645	8.619	14.309	3.953	910	1.465	3.617	2.928	1.542

Distretto 34	Capaci	Carini	Cinisi	Isola delle Femm.	Terrasini	Torretta	Totale
		11.604	39.049	12.264	7.155	12.688	4.306

Distretto 35	Castellana Sicula	Petralia Soprana	Petralia Sottana	Gangi	Geraci Siculo	Alimena	Blufi	Bompietro	Polizzi Generosa	Totale
		3.256	3.166	2.677	6.565	1.788	1.917	956	1.302	3.196

Distretto 36	Baucina	Bolognetta	Campofelice di Fitalia	Cefalà Diana	Ciminna	Godrano	Marineo	Mezzojuso	Misilmeri	Ventimiglia di Sicilia	Villafraati	Totale
		1.939	4.194	478	1.008	3.629	1.172	6.490	2.844	29.382	1.882	3.301

Distretto 37	Aliminusa	Caccamo	Caltavuturo	Cerda	Montemaggiore Bels.	Sciara	Scillato	Scalfani Bagni	Termini Imerese	Trabia	Totale
		1.173	8.081	3.867	5.130	3.179	2.778	612	418	25.861	10.496

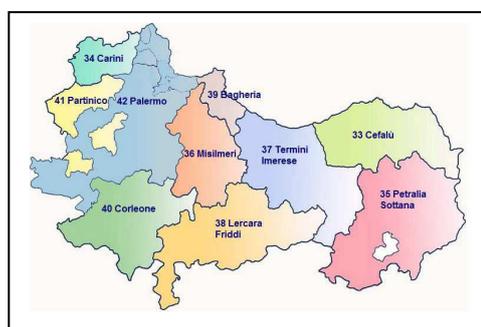
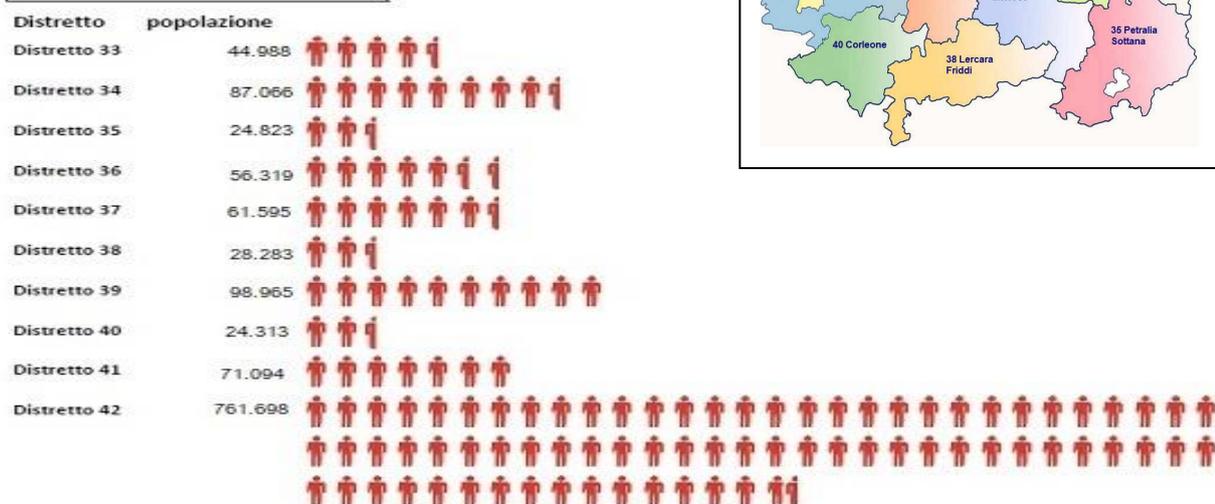
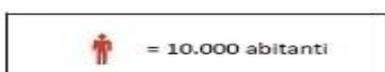
Distretto 38	Alia	Castronovo di Sicilia	Lercara Friddi	Palazzo Adriano	Prizzi	Roccapietra	Valledolmo	Vicari	Totale
		3.475	2.992	6.726	1.979	4.645	2.389	3.454	2.623

Distretto 39	Altavilla Milicia	Bagheria	Casteldaccia	Ficarazzi	Santa Flavia	Totale
		8.349	54.714	11.688	13.006	11.208

Distretto 40	Bisacquino	Campofiorito	Chiusa Sclafani	Contessa Entellina	Corleone	Giuliana	Roccamena	Totale
		4.387	1.237	2.728	1.668	11.008	1.835	1.450

Distretto 41	Balestrate	Borgetto	Campo- reale	Giardinello	Montelepre	Partinico	San Cipirello	San Giusep- pe Jato	Totale
		6.491	7.359	3.193	2.284	6.080	31.840	5.293	8.554

Distretto 42	Palermo	Altofonte	Belmonte Mezzagno	Monreale	Piana degli Albanesi	Santa Cristina Gela	Trappeto	Ustica	Villabate	Lampedusa e Linosa	Totale
		663.401	10.127	11.238	38.884	6.070	1.004	3.140	1.318	19.960	6.556



3.1.3. ELEMENTI SOCIO-ECONOMICI ED EPIDEMIOLOGICI

Diversi fattori ma soprattutto la disoccupazione e l'invecchiamento della popolazione, si intrecciano inevitabilmente con i bisogni di salute e con la richiesta di servizi socio-sanitari in una logica di integrazione tra Ospedale e Territorio e fra i diversi servizi territoriali. Ecco che attori principali diventano oltre che l'ASP anche gli Enti Locali, il Sistema Formativo ed il Terzo Settore.



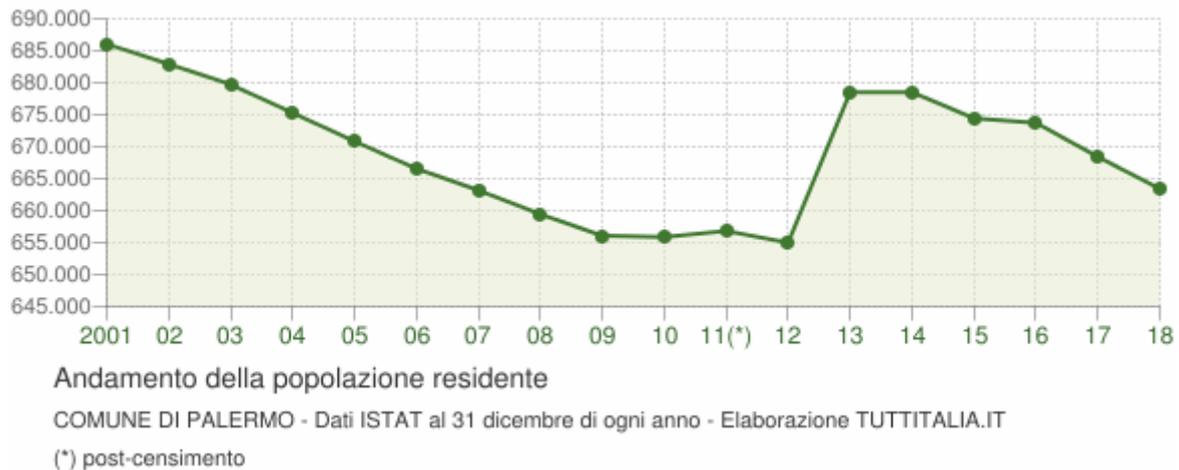
Il Rapporto Osservasalute, come ogni anno, fornisce numerosi indicatori che descrivono in maniera minuziosa lo stato del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sia dal lato della spesa e dell'organizzazione del sistema, sia dal lato della performance, in termini di salute e prevenzione.

Gli indicatori sugli esiti di salute testimoniano che la speranza di vita alla nascita è tornata a crescere, ma si confermano le disuguaglianze territoriali riscontrate in passato, con le regioni del Mezzogiorno più svantaggiate di quelle del resto del Paese. La dimensione della cronicità è in costante e progressiva crescita, con conseguente impegno di risorse sanitarie, economiche e sociali. L'aumento di questo fenomeno è connesso a differenti fattori, tra i quali il progresso delle cure, il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, l'innalzamento dell'età media e la disponibilità di nuove terapie farmacologiche. L'efficacia del sistema sanitario rispetto alla cura e alla prevenzione delle neoplasie è andata sicuramente migliorando, come dimostrano i dati sulla sopravvivenza dei pazienti oncologici. I progressi nella prevenzione primaria emergono chiaramente nel caso del tumore polmonare, per il quale il carico sanitario della patologia è in sensibile diminuzione da anni negli uomini, grazie alla forte riduzione della prevalenza di fumatori che rappresenta un grande successo delle normative anti-fumo (tra le più avanzate in Europa). Per quanto riguarda i tumori oggetto di programmi di screening organizzato, gli effetti dell'introduzione di misure efficaci di prevenzione secondaria sono visibili nelle aree del Paese dove si è iniziato prima e dove la copertura è ottimale. Una minor copertura di popolazione e una ritardata implementazione degli screening organizzati sono fattori che contribuiscono a spiegare la bassa performance in termini di salute osservata nel Mezzogiorno. La dinamica demografica sperimentata nel nostro Paese è ben nota e non potrà che riflettersi sulla sostenibilità del settore socio-sanitario. Gli indicatori demografici presentati sono particolarmente allarmanti se vengono affiancati a quelli relativi alla popolazione con forti limitazioni nelle attività quotidiane. Infatti, dal Rapporto si evince che un quinto degli ultra 65enni ha molta difficoltà o non è in grado di svolgere almeno una attività di cura della persona senza alcun aiuto. Oltre un terzo delle persone ultra 75enni non è in grado di usare il telefono, gestire il denaro o prendere le medicine; quasi la metà non è in grado di preparare i pasti, fare la spesa o svolgere attività domestiche leggere.

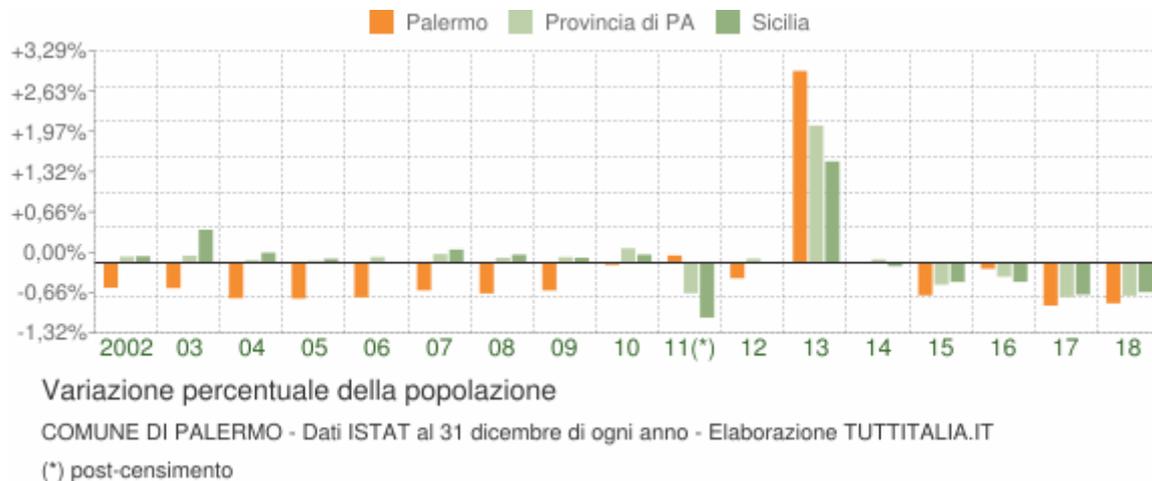
Una descrizione dettagliata del contesto socio-demografico e delle cause di morte nella Provincia di Palermo è riportata nel Piano Aziendale Prevenzione 2016 (adottato con delibera n.489 del 30/06/2016), di cui si riporta lo stralcio in **allegato 1** a presente documento.

Di seguito, infine si riporta l'andamento della popolazione residente, il flusso migratorio della popolazione e le nascite e i decessi nel Comune di Palermo.

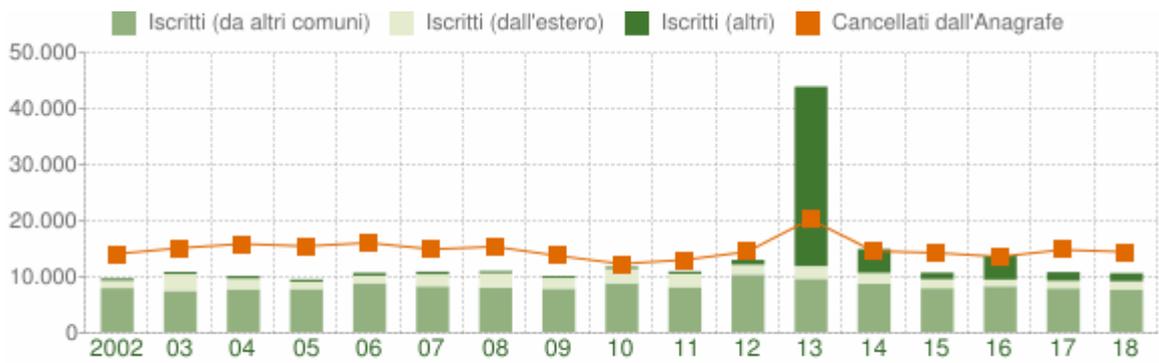
Andamento demografico della popolazione residente nel comune di Palermo dal 2001 al 2018.



Le variazioni annuali della popolazione di Palermo espresse in percentuale a confronto con le variazioni della popolazione della città metropolitana di Palermo e della regione Sicilia.



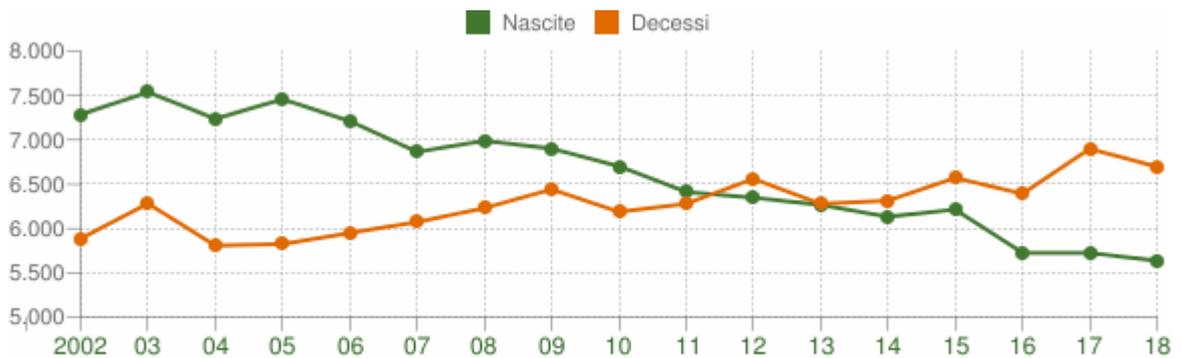
Il grafico in basso visualizza il numero dei trasferimenti di residenza da e verso il comune di Palermo negli ultimi anni. I trasferimenti di residenza sono riportati come iscritti e cancellati dall'Anagrafe del comune



Flusso migratorio della popolazione

COMUNE DI PALERMO - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Il movimento naturale di una popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi ed è detto anche saldo naturale. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. L'andamento del saldo naturale è visualizzato dall'area compresa fra le due linee.



Movimento naturale della popolazione

COMUNE DI PALERMO - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT



3.2. L'AMMINISTRAZIONE: CENNI GENERALI SULL'ASP DI PALERMO

L'ASP di Palermo è stata istituita a settembre 2009 con la legge regionale n.5/09 ed ha la sede legale in via G. Cusmano, 24 a Palermo.

La struttura organizzativa dell'ASP di Palermo nel 2019 è quella che viene riportate negli schemi di seguito raffigurati, ma occorre sottolineare che, a seguito delle linee guida regionali, è in atto in azienda un processo di riconfigurazione organizzativa che ha comportato l'adozione di un nuovo atto aziendale (in corso di riscontro da parte dell'Assessorato Regionale della Salute) e della nuova dotazione organica (in corso di elaborazione).

L'ASP di Palermo ha inteso uniformare l'atto aziendale nel rispetto e in coerenza delle previsioni del D.M. n. 70/2015, e al disegno tracciato nella rete ospedaliera regionale dal Decreto n. 22 del 2019, in un processo di integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali e nel rispetto delle linee di indirizzo emanate dall'Assessorato.

L'indirizzo strategico che ha informato il nuovo atto aziendale si riassume nell'orientamento della Direzione Aziendale di inserire l'offerta sanitaria in un contesto più ampio, provinciale, per migliorare l'efficienza e l'appropriatezza dei servizi erogati dalle diverse Aziende insistenti sul territorio.

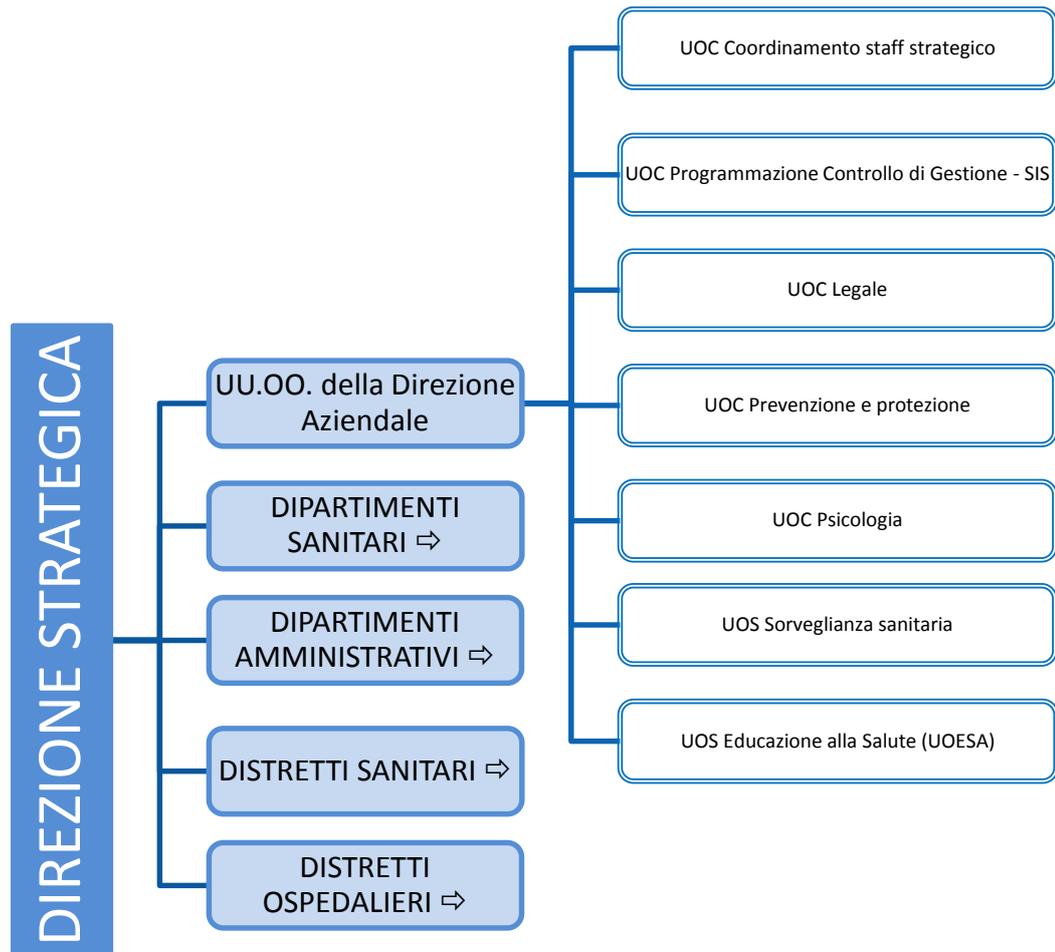
La struttura organizzativa dell'ASP prevede una vasta articolazione in Dipartimenti funzionali e strutturali ed amministrativi, Distretti sanitari, Distretti ospedalieri.

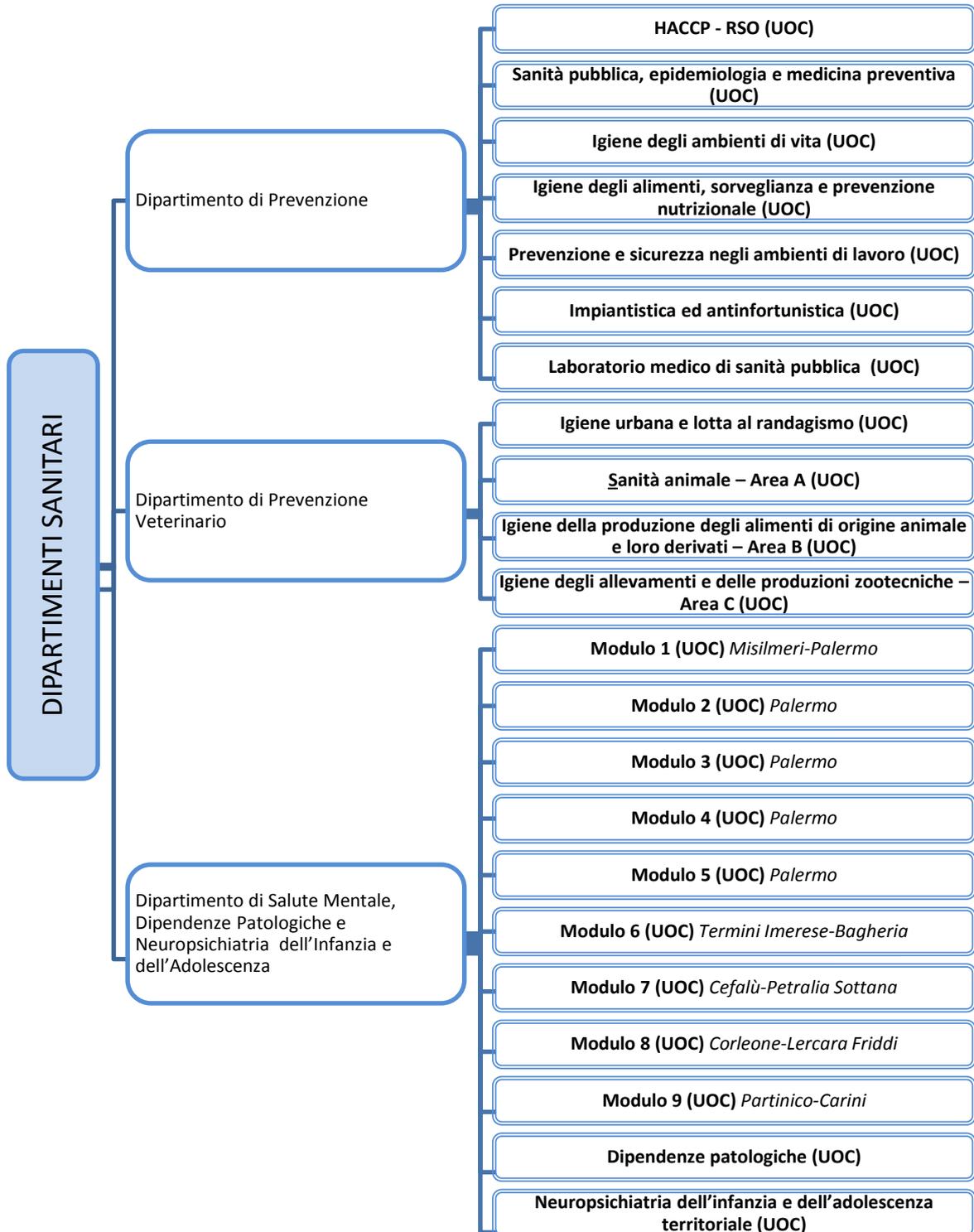
In particolare:

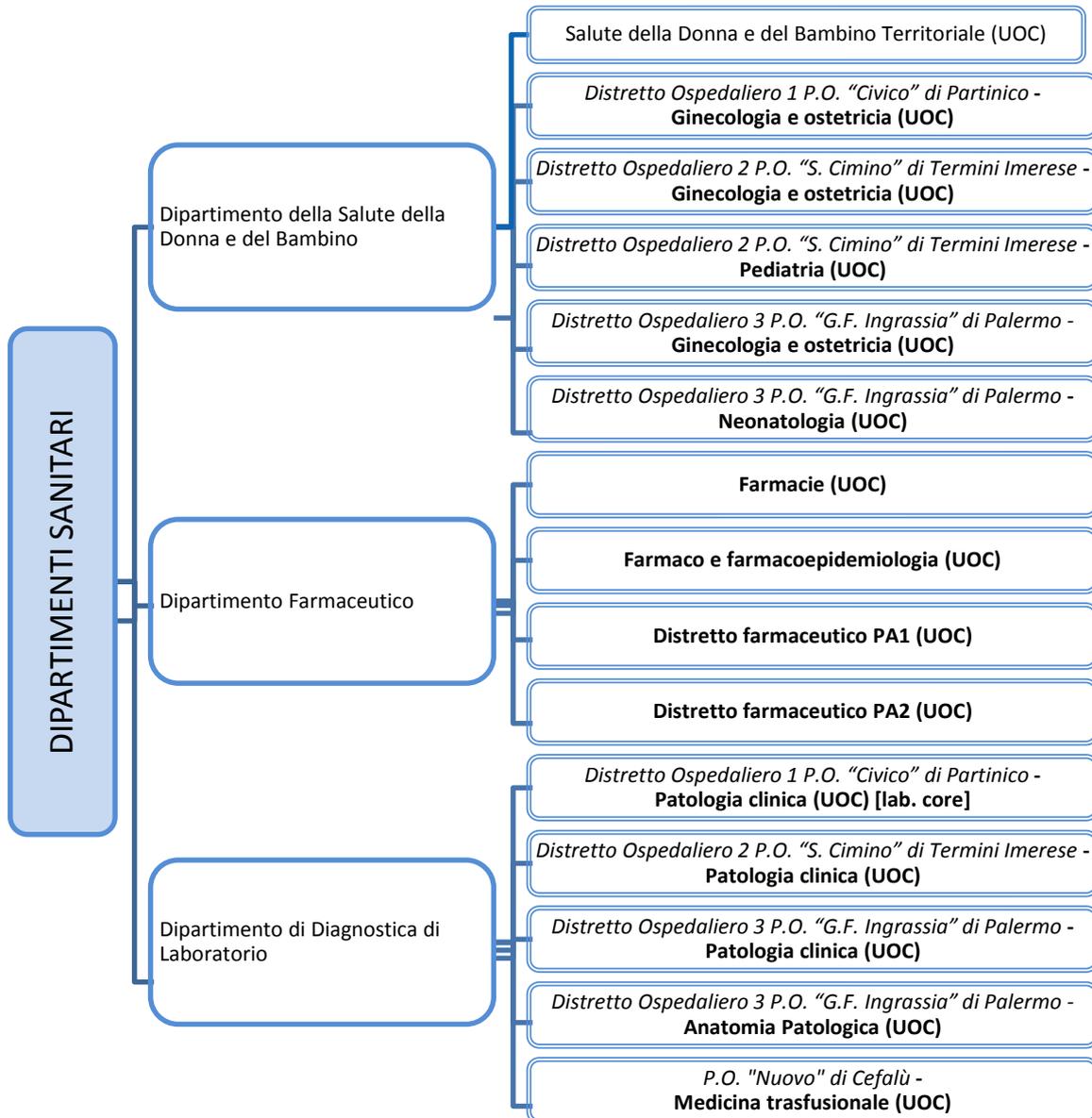
- Direzione Generale con il proprio staff;
- n. 8 Dipartimenti sanitari strutturali, n. 1 Dipartimento sanitario funzionale (da attivare – attualmente attive le 5 UOC afferenti),
- 2 Dipartimenti Amministrativi;
- n. 10 Distretti sanitari;
- n.3 Distretti Ospedalieri cui afferiscono n.6 Presidi Ospedalieri.

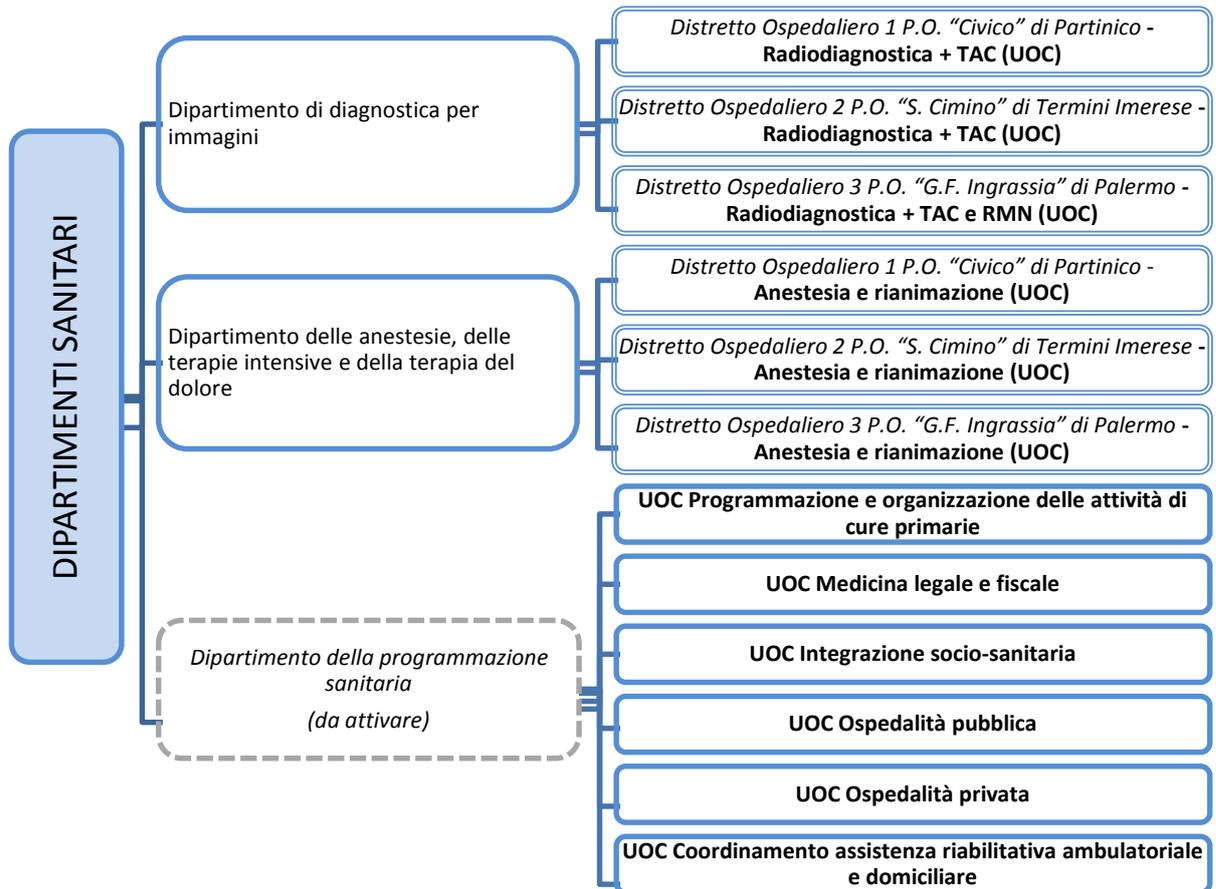
Ogni macrostruttura è costituita, a sua volta, da Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici (nonché uffici che svolgono attività/funzioni).

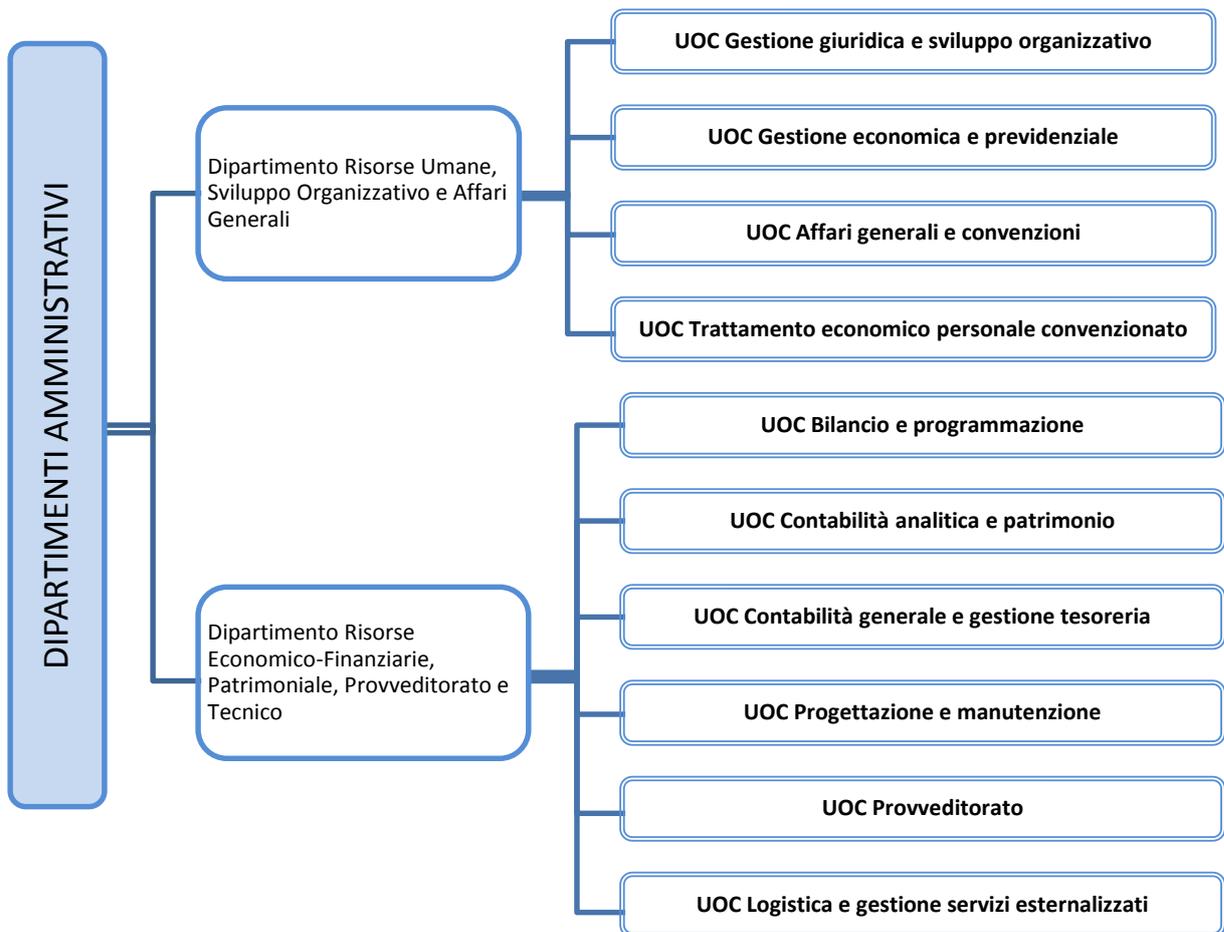
Organigramma (macrostrutture e UOC)

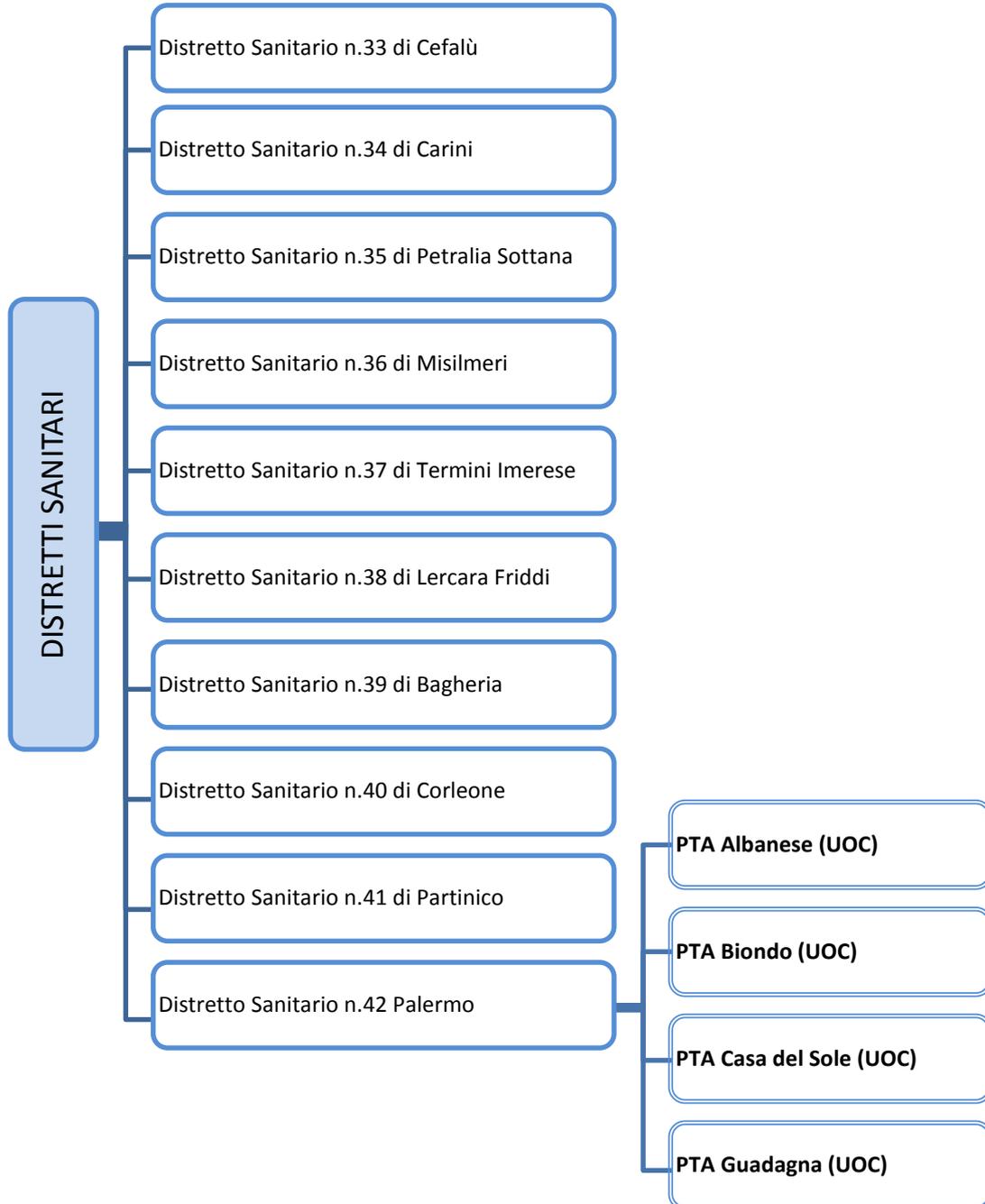


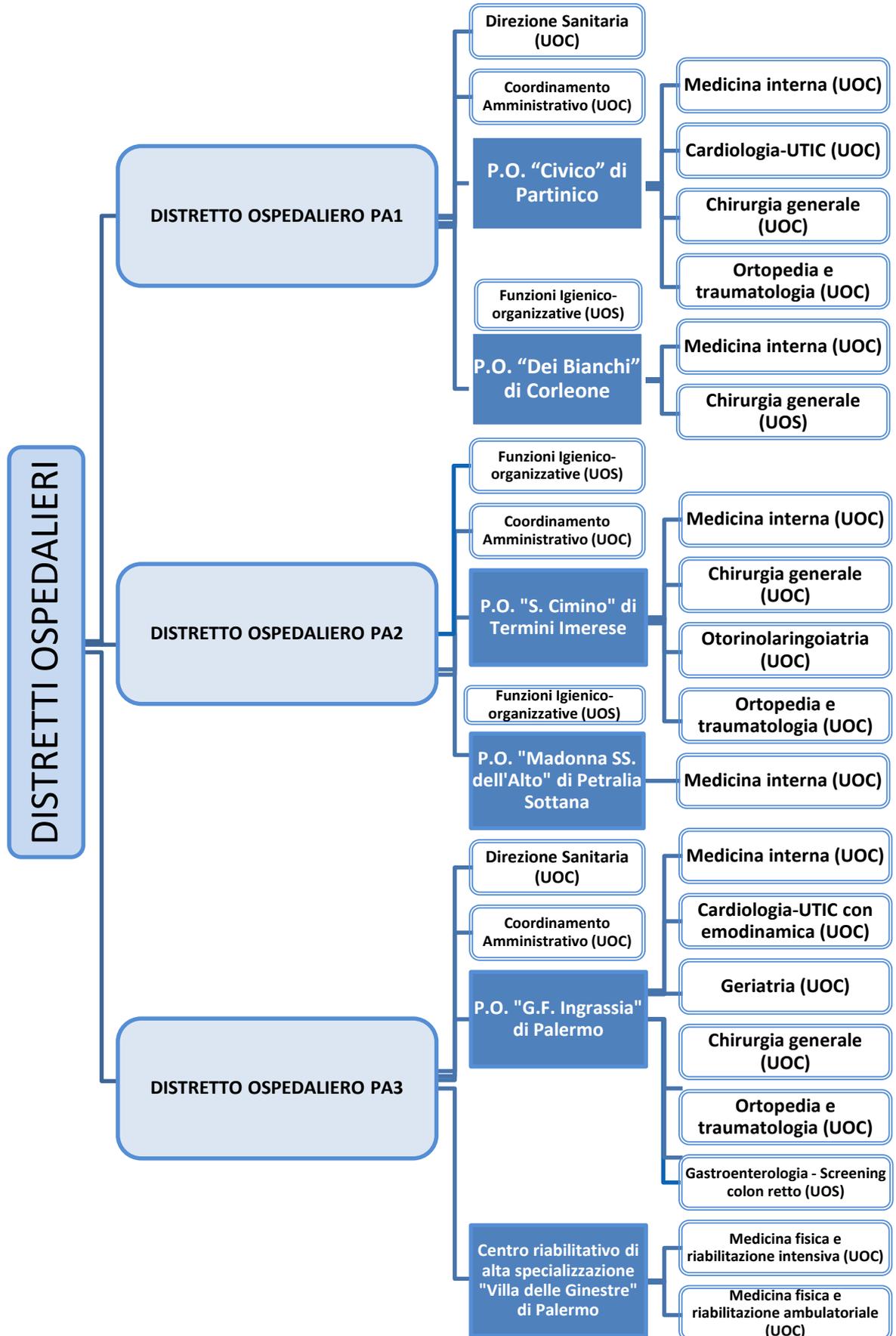












3.3. LE RISORSE UMANE

Due componenti fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi aziendali sono la risorsa umana oltre, ovviamente, la risorsa finanziaria.

Negli ultimi anni si è verificata una rilevante riduzione della dotazione organica e il personale, se non in casi eccezionali, non è stato sostituito a causa del blocco delle assunzioni previsto dalla normativa nazionale e regionale.

Complessivamente il personale all'1/1/2020 è di 3.670 unità a tempo indeterminato e di 814 unità a tempo determinato ed è distribuito per aree nei diversi ruoli: sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo.

Per ciascun ruolo, inoltre, il personale è suddiviso nelle due fasce: Dirigenza e Comparto.

Le tabelle successive ne danno una rappresentazione sintetica.

Personale della Dirigenza e del Comparto a tempo indeterminato

PERSONALE DELLA DIRIGENZA E DEL COMPARTO A TEMPO INDETERMINATO				
RUOLO	Fascia	Area	Personale	N°
Amministrativo	Comparto			405
	Dirigenza			13
Professionale	Comparto			
	Dirigenza			10
Sanitario	Comparto			1.510
	Dirigenza	Medica		1.011
		Non medica		173
Tecnico	Comparto			533
	Dirigenza			15
Totale				3.670
Comparto				2.448
Dirigenza		Medica		1.011
		SPTA		211
Totale				3.670

Fonte: Dipartimento Risorse Umane

Personale della Dirigenza e del Comparto a tempo indeterminato

PERSONALE DELLA DIRIGENZA E DEL COMPARTO A TEMPO DETERMINATO				
RUOLO	Fascia	Area	Personale	N°
Amministrativo	Comparto			569
	Dirigenza			1
Professionale	Comparto			1
	Dirigenza			3
Sanitario	Comparto			154
	Dirigenza	Medica		61
		Non medica		6
Tecnico	Comparto			19
	Dirigenza			0
Totale				814
Comparto				763
Dirigenza		Medica		61
		SPTA		10
Totale				814

Fonte: Dipartimento Risorse Umane

Da tali tabelle si evidenzia che per quanto riguarda il personale a tempo indeterminato, la Dirigenza è costituita da n. 1.222 unità, pari al 33.3 %, mentre la restante parte del personale, rappresentata dal Comparto, è composta da n. 2.448 unità, pari al 66.7 %.

La Dirigenza, inoltre, è suddivisa in area medica e area non medica (SPTA: Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa) nel modo seguente:

Dirigenti Medici: n. 1.011 unità (pari all' 82.7 % della Dirigenza)

Dirigenti non Medici: n. 211 unità (pari al 17.3 % della Dirigenza)

Diverse percentuali avremo se si considera il solo personale a tempo determinato. Infatti il comparto è costituito dal 91.3%, mentre la dirigenza è solo il rimanente 8.7%.

L'azienda inoltre dispone di 647 unità di personale "contrattista", utilizzato a supporto sia di attività amministrative che tecnico-assistenziali; di circa 200 unità di personale SAS (ex multi servizi), e di altrettante unità di "specialisti convenzionati interni" che operano nei poliambulatori territoriali.



Il personale, escluse le unità afferenti alle UU.OO. della Direzione Aziendale, è allocato nei Distretti Ospedalieri, nei Distretti Sanitari e nei Dipartimenti.

ANALISI DI GENERE

Si possono anche sinteticamente esporre i risultati di un'analisi quali-quantitativa delle risorse umane, facendo una distinzione tra dipendenti uomini e donne; il personale con qualifica dirigenziale ha una percentuale di 46.71% donne e di 53.29% uomini, cosa inversa invece avviene per il personale del comparto dove le donne sono il 55.13% contro il 44.87% costituito da uomini. Se vogliamo andare ancora più in profondità possiamo notare che nella stessa dirigenza c'è una prevalenza maschile per quanto riguarda gli incarichi direttivi che si possono riassumere nella tabella sottostante:

Dirigenza	Direttore Dipartimento	Direttore di UOC	Responsabile di UOS
% donne	25%	16%	44%
% uomini	75%	84%	56%

Come può osservarsi, con riferimento agli incarichi di direttore di Dipartimento e di UOC, sussiste un evidente *sbilanciamento* a favore del genere maschile; mentre appare meno rilevante la differenza, pur sussistente, tra i due generi negli incarichi di responsabile di UOS.

Altra notazione di interesse riguarda l'età media dei dirigenti suddivisi per genere come possiamo notare nella semplice schematizzata qui sotto:

fascia di età	31/40	41/51	51/60	>60	totale
% donne	62.5%	58.33%	44.98%	42.4%	46.12%
% uomini	37.5%	41.67%	55.02%	57.6%	53.88%

Come può osservarsi, le donne con qualifica di dirigente sono mediamente più giovani rispetto ai colleghi di genere maschile per cui, in prospettiva, a seguito dell'inevitabile collocamento a riposo del personale più anziano, è verosimile prevedere un ribaltamento dell'attuale prevalenza del genere maschile a favore di quello femminile.

Per quanto riguarda il trattamento economico non vengono osservati significativi profili discriminatori di genere.

Un'altra osservazione che si può evidenziare è quella relativa alla tipologia di contratto che viene sintetizzata nella seguente tabella:



tipo di lavoro	tempo determinato	Libero professionale	Mobilità	Selezione interna
% donne	46.81%	17.02%	34.04%	2.13%
% uomini	40.00%	16.85%	37.89%	5.26%

Come risulta dai dati riportati sopra, la percentuale delle dipendenti di genere femminile cui è stato attribuito un incarico a tempo determinato è > del 6.81% rispetto a quella di genere maschile; tuuti gli altri parametri di valutazione presentano oscillazioni non significativamente rilevanti.

Il livello di istruzione tra i dipendenti di genere femminile e maschile sono pressochè equivalenti:

istruzione	laurea	Specializzazione post laurea	Dottorato di ricerca
% donne	62%	36%	1%
% uomini	64%	36%	1%

Ultima osservazione è quella per il personale che usufruisce di un contratto di tipo part-time:

part-time	part-time <50%	Part-time >50%	telelavoro
%donne	12.16%	62.16%	1.35%
% uomini	10.81%	13.51%	0.00%

Come era facilmente intuibile, il ricorso al *part-time* vede una prevalenza del genere femminile giustificata dalle esigenze di accudimento familiare che vedono le donne in prima linea rispetto agli uomini. Del tutto irrilevante appare il dato inerente il telelavoro (1.35% per le donne) che non ha peraltro coinvolto gli uomini.

3.4. LE RISORSE FINANZIARIE

L'Azienda dispone di risorse finanziarie ed economiche per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "missione", indispensabili sia per affrontare i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza, sia per sviluppare e realizzare ogni azione di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei processi gestionali connessi.

La principale fonte di finanziamento dell'Azienda deriva dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale, quindi dall'Assessorato Regionale alla Salute, sulla base della cosiddetta "quota capitaria", un'altra parte, se pur minore, arriva direttamente dal Fondo Sanitario Nazionale.

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario, ossia il livello complessivo delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato.



Il fabbisogno sanitario nella sua componente “indistinta” (c’è poi una quota “vincolata” al perseguimento di determinati obiettivi sanitari), è finanziato dalle seguenti fonti:

- entrate proprie delle aziende del Servizio sanitario nazionale (ticket e ricavi derivanti dall’attività intramoenia dei propri dipendenti), in un importo definito e cristallizzato in seguito ad un’intesa fra lo Stato e le Regioni;
- fiscalità generale delle Regioni: imposta regionale sulle attività produttive - IRAP (nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità), e addizionale regionale all’imposta sul reddito delle persone fisiche—IRPEF. Entrambe le imposte sono quantificate nella misura dei gettiti determinati dall’applicazione delle aliquote base nazionali, quindi non tenendo conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni;
- bilancio dello Stato: esso finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento essenzialmente attraverso la compartecipazione all’imposta sul valore aggiunto - IVA (destinata alle Regioni a statuto ordinario), le accise sui carburanti e attraverso il Fondo sanitario nazionale (una quota è destinata alla Regione siciliana, mentre il resto complessivamente finanzia anche altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi).

Per ogni esercizio finanziario, in relazione al livello del finanziamento del SSN stabilito per l’anno di riferimento, al livello delle entrate proprie, ai gettiti fiscali attesi e, per la Regione siciliana, al livello della compartecipazione regionale al finanziamento, è determinato, a saldo, il finanziamento a carico del bilancio statale nelle due componenti della compartecipazione IVA e del Fondo sanitario nazionale.

I riparti del fabbisogno (assegnazione alle Regioni e alle Aziende)

La composizione del finanziamento del SSN è evidenziata nei cosiddetti "riparti" (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni ed individuazione delle fonti di finanziamento) proposti dal Ministero della Salute sui quali si raggiunge un’intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e che sono poi recepiti con propria delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica -CIPE.

Le Regioni assegnano, in base a diversi parametri, le risorse finanziarie alle aziende, che le impiegano per garantire ai cittadini l’erogazione delle prestazioni di loro competenza previste dai Livelli essenziali di assistenza.

L’assegnazione delle risorse alle aziende tiene conto della mobilità passiva (cioè i residenti che si curano in strutture di altre aziende sanitarie o regioni) e della mobilità attiva (nel caso siano state curate persone provenienti dall’esterno dell’azienda).

Le aziende vengono inoltre finanziate dalla Regione sulla base delle prestazioni erogate in regime di ricovero (attraverso il costo previsto dai DRG) oppure negli ambulatori (attraverso il tariffario delle prestazioni specialistiche e diagnostiche).

Le manovre finanziarie del Governo apportano le modifiche ai livelli di finanziamento a carico dello Stato.

Modello CE riferito al IV trimestre 2019 (sintesi)

CE (Valori in Migliaia di Euro)	IV trimestre 2019
Valore della produzione	
A.1) Contributi in c/esercizio	1.905.832
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-8.434
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	4.797
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	59.538
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	29.788
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.663
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	11.683
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0
A.9) Altri ricavi e proventi	181
Totale valore della produzione (A)	2.007.050
B) Costi della produzione	
B.1) Acquisti di beni	123.045
B.2) Acquisti di servizi	1.560.595
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	10.198
B.4) Godimento di beni di terzi	4.054
B.5) Personale del ruolo sanitario	212.790
B.6) Personale del ruolo professionale	1.134
B.7) Personale del ruolo tecnico	20.991
B.8) Personale del ruolo amministrativo	37.152
B.9) Oneri diversi di gestione	2.644
<u>Totale Ammortamenti</u>	14.979
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0
B.13) Variazione delle rimanenze	- 4.326
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	9.104
Totale costi della produzione (B)	1.992.363
C) Proventi e oneri finanziari	
C.1) Interessi attivi	100
C.2) Altri proventi	0
C.3) Interessi passivi	36
C.4) Altri oneri	0

Totale proventi e oneri finanziari (C)	64
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	
D.1) Rivalutazioni	0
D.2) Svalutazioni	0
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0
E) Proventi e oneri straordinari	
E.1) Proventi straordinari	8.042
E.2) Oneri straordinari	667
Totale proventi e oneri straordinari (E)	7.375
Risultato prima delle imposte (A – B +/- C +/- D +/- E)	22.126
Totale imposte e tasse	22.118
RISULTATO DI ESERCIZIO	8



3.5. LE ATTIVITÀ DEL CUG

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni della ASP di Palermo è stato rinnovato con delibera n.0020 del 17.08.2017. Come sancito dalla legge n.183/2010 al CUG, derivante dalla fusione del Comitato Pari Opportunità e del Comitato Paritetico sul fenomeno del mobbing, vengono attribuiti *compiti propositivi, consultivi e di verifica*, la cui azione è volta a favorire lo sviluppo dell'ambiente di lavoro che rispetti i principi di pari opportunità e di benessere organizzativo, contrastando qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale e/o psichica per i lavoratori, migliorando l'efficienza delle prestazioni e la produttività ed esplicando la propria attività nei confronti di tutto il personale, dirigente e non.

Il CUG ha una composizione paritetica (5 componenti) in quanto è formato sia da componenti di ciascuna organizzazione sindacale maggiormente rappresentative (ai sensi degli artt 40 e 43 del d.lgs. 165/2001), sia da un pari numero di rappresentanti aziendali. I componenti rimangono in carica quattro anni e possono essere rinnovati una sola volta.

In relazione alle aree di intervento proprie, il Comitato ha preso contatti e stabilito una modalità di collaborazione con i componenti del gruppo di ascolto per il rischio da stress lavoro correlato afferente al Servizio di psicologia aziendale e con l'ambulatorio antimobbing di competenza, anch'esso, del Comitato Unico di Garanzia.

Il C.U.G. quindi, operando nello scrupoloso rispetto della normativa che regola i suoi poteri propositivi, consultivi e di verifica, è intervenuto nelle seguenti aree:

- Predisposizione di piani di azioni positive per favorire l'uguaglianza sul lavoro tra uomini e donne;
- Promozione e/o potenziamento delle iniziative che attuano le politiche di conciliazione, le direttive comunitarie per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone e azioni positive al riguardo;
- Analisi e programmazione di genere che considerino le esigenze delle donne e quelle degli uomini;
- Diffusione delle conoscenze ed esperienze sui problemi delle pari opportunità e sulle possibili soluzioni adottate da altre amministrazioni;
- Azioni atte a favorire condizioni di benessere lavorativo;



- Azioni positive, interventi e progetti idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazioni o violenze sessuali, morali o psicologiche e mobbing all'interno della nostra Azienda.

Il Comitato ha posto l'attenzione sull'assistenza alle vittime di violenza di genere in età adulta, costituendo una rete tra i diversi operatori e tra diverse strutture coinvolte prevedendo alcuni punti:

- Il potenziamento del Pronto Soccorso con l'individuazione di spazi adeguati per il primo colloquio
- l'istituzione del punto unico di accoglienza, l'accompagnamento della vittima finalizzato alla richiesta dell'intervento di secondo livello
- l'implementazione di centri specialistici dedicati alla cura del trauma d'abuso, maltrattamento, violenza di genere e stalking.

Durante l'anno 2019 i componenti del CUG, seppur dovendo superare non poche difficoltà dovute principalmente alla carenza di risorse, si sono riuniti con cadenza mensile lavorando su diversi temi.

E' stato affrontato il tema, tanto attuale quanto strategico, dei criteri di valutazione del personale ed a questo proposito è stato formato anche un sottogruppo di lavoro. Sono stati presi in considerazione alcuni profili di criticità che sono ravvisabili nelle attuali procedure e prassi applicative, al fine di individuare iniziative di miglioramento eventualmente da proporre.

Altro argomento affrontato dal Comitato nel corso dell'anno 2019, è stato quello della sicurezza e del benessere lavorativo. Con Atto Deliberativo n.451 del 13/09/2019, si è costituito così in Azienda un Gruppo di lavoro per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. La particolare sensibilità al tema è risalente nel tempo in quanto ci sono stati degli "episodi sentinella". A tal proposito merita di essere segnalato un documento redatto dagli operatori EIAM (equipe interistituzionali contro l'abuso ed il maltrattamento all'infanzia) che il Comitato, dopo averlo fatto proprio, ha segnalato alla Direzione Strategica. A seguito di ciò il Presidente del CUG ha coinvolto il Direttore del Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino e sono stati reperiti nuovi locali per gli operatori EIAM in luoghi sicuri, nei pressi di una Caserma dei Carabinieri.

Si è colta così l'occasione per affrontare un altro argomento scottante che è quello della violenza di genere. Nei Consultori Familiari della ASP da diversi anni viene rilevata la presenza di indicatori di rischio in tema di violenza sulle donne e sulla violenza domestica, pertanto, in



conformità con quanto previsto dalla Convenzione del Consiglio di Europa, il CUG ha collaborato introducendo delle procedure per il Risk assessment previste dalle linee guida contro la violenza sulle donne, pubblicate nella Gazzetta Ufficiale serie generale n.24 del gennaio 2018.

Il CUG, vista l'importanza dell'argomento, ha chiesto anche all'UOS Formazione dei corsi specifici per tutti i componenti del Comitato.

Infine, il Comitato ha stabilito la formazione di sottogruppi di lavoro con lo scopo di occuparsi di :

- ✓ attivare connessioni tra il CUG aziendale ed altri CUG allo scopo di confrontare le rispettive prassi ed acquisire elementi di conoscenza utili ad elaborare iniziative innovative negli ambiti di competenza;
- ✓ effettuare un'indagine sul benessere organizzativo e stress lavoro correlato dei dipendenti in collaborazione con il Servizio Prevenzione e Protezione al fine di individuare le strutture che presentano maggiori criticità e le problematiche connesse;
- ✓ monitorare la sicurezza degli ambienti di lavoro;
- ✓ effettuare il bilancio di genere sulle risorse umane aziendali;
- ✓ monitorare le tematiche relative alle discriminazioni nei confronti dei dipendenti aziendali.

3.6. LE ATTIVITÀ DELL'URP

L'URP dell'ASP di Palermo ha, tra le sue principali mansioni ufficiali, quella di accogliere suggerimenti, proposte, osservazioni e reclami che riguardano i servizi o i disservizi sorti durante il metodo lavorativo degli operatori aziendali attenendosi al Regolamento Aziendale delibera n.623 del 23.12.2013. Il reclamo/segnalazione può essere presentato da tutti i cittadini utenti , sia direttamente o tramite delega a parenti, conoscenti o associazioni di tutela/volontariato ma sempre in forma scritta e completo dei dati anagrafici. Esso deve contenere una descrizione dettagliata e chiara del fatto avvenuto, il luogo dove si è verificato, la data e tutto ciò che può essere significativo per la descrizione dell'accaduto. L'U.O. è in contatto con tutte le strutture aziendali ed ha un rapporto di collaborazione con l'unità "Risk Management" per tutti quei casi delicati in cui ci sia anche un potenziale rischio per la salute del cittadino utente.

Nell'anno 2019 sono stati registrati e gestiti 270 reclami principalmente per quanto riguarda lo sportello di prenotazione "fisico": code, attese, incomprensioni, mancato re-calling, difficoltà a prenotare, confusione, poco personale, comportamenti inadeguati. Molte altre lamentele si sono



registrate per le cosiddette “agende chiuse” avendo, come conseguenza, lunghe attese per effettuare una visita specialistica o addirittura non poterla prenotare affatto. Anche tutto ciò che si può fare “online” è stato oggetto di reclami: tempi di risposta, cambio medico, esenzione, referti, ecc.

In linea con il regolamento aziendale è stato monitorato ogni singolo reclamo inviandolo al Dirigente responsabile con richiesta di avviare gli opportuni approfondimenti nei tempi stabiliti e risolvere, ove possibile, il disservizio segnalato.

Anche quest’anno non sono mancati gli elogi soprattutto nei confronti di alcuni specialisti ambulatoriali per la professionalità e disponibilità. E’ giusto osservare che comunque i reclami di quest’anno sono stati minori (-100) di quelli del 2018, anche se si deve segnalare che sono stati chiusi 4 punti informativi URP per mancanza di personale.

La tipologia dei reclami è sintetizzata nella tabella seguente:

Segnalazioni e reclami	N.	%
Sportelli Cup(disservizi,lunghe attese prima di prenotare,incomprensioni,pochi sportelli attivi, mancato recalling)	35	12.9%
“Agende chiuse” (impossibilità a prenotare visite specialistiche per “overbooking” e poco personale medico specialistico disponibile)	35	12.9%
Ambulatori e strutture ospedaliere (criticità, disservizi, mancate visite senza preavviso:medici non si presentano all’appuntamento prefissato)	22	8.15%
Cup online	21	7.78%
Medici, paramedici, operatori (comportamenti non adeguati, negligenza, incomprensioni, tensioni)	20	7.41%
Uffici Ausili e Presidi (mancate forniture, lunghe attese,, poco personale)	15	5.55%
Elogi (specialisti ambulatoriali, operatori)	15	5.55%
Sportelli Anagrafe Assistiti (code, pochi sportelli attivi, incomprensioni, servizio non efficiente, comportamenti inadeguati degli operatori)	14	5.18%
Farmacie Territoriali (mancate forniture, incomprensioni,mancati avvisi)	10	3.70%
Pannoloni Santex (qualità, mancata fornitura,errori nella distribuzione)	8	2.96%
Cup numero verde	7	2.59%
Disdetta Cup (servizio non efficiente, non rilasciano ricevuta)	5	1.85%
Centri vaccini (attese,confusione, mancanza di vaccino)	5	1.85%
Esenzioni respinte	4	1.48%
Medici di famiglia (negligenza, incomprensioni)	4	1.48%
Cambio medico online (criticità nelle pratiche)	4	1.48%
Strutture Pronto Soccorso	4	1.48%
ADI (disservizi)	3	1.11%
Cup paziente diabetico	1	0.37%
Ufficio ticket	1	0.37%
Accettazione radiologia PA centro (incomprensioni)	2	0.74%
Richieste rimborso intramoenia (l’utente è stato costretto all’intramoenia non per sua scelta ma per mancata prenotazione)	3	1.11%
Pua (negligenza)	2	0.74%



Ufficio Visite Domiciliari (criticità)	2	0.74%
Servizi igienici/ascensore (sporczia, guasti)	5	1.85%
Contestazione piano personalizzato non adeguato per disabile gravissimo	1	0.37%
Strutture private accreditate (medici non si presentano all'appuntamento prenotato)	4	1.48%
Referti online (criticità ricezione)	2	0.74%
Guardia medica (secondo l'utente il medico non interviene con responsabilità)	1	0.37%
Coscreening (criticità)	3	1.11%
Pediatra libera scelta	1	0.37%
TOTALE	270	



4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

4.1. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2019-2021

Questa sezione è dedicata alla rendicontazione dei risultati di performance organizzativa e presenta:

1. i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi/indicatori specifici triennali (obiettivi triennali 2019-2021), individuati nel **Piano della Performance 2019-2021**, evidenziando gli scostamenti rispetto ai *target annuali* 2019;
2. i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi/indicatori annuali individuati nel **Piano della Performance 2019-2021** (obiettivi annuali 2019), evidenziando gli scostamenti rispetto ai *target* assegnati, per singola struttura;
3. la valutazione complessiva della performance organizzativa relativa all'anno di riferimento, che riporta gli esiti del processo di misurazione e valutazione effettuato dall'OIV.

4.2. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2019: OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNALI (TARGET 2019)

Obiettivo 1 SCREENING

Gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colonretto) sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana.

Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%).

I livelli di adesione richiesti dal Ministero della salute sono 50% per il tumore della cervice e del colonretto, 60% per il tumore della mammella.

Nel corso del 2019 sono state condotte tutte le azioni finalizzate all'ottimizzazione degli inviti, sulla base delle agende e delle disponibilità rese dalle UU.00. di screening.

Per promuovere e incrementare i tassi di adesione sono state condotte azioni di potenziamento in tutti gli ambiti organizzativi:

- sono stati rivisti i metodi di pianificazione e ottimizzazione delle agende, ampliando l'offerta con aperture di sabato e domenica. Per assicurare il pieno successo dell'iniziativa è stato necessario procedere all'invito attivo delle utenti tramite contatto telefonico operato dagli addetti al numero verde.
- È stato effettuato in ottobre un aggiornamento anagrafico del database informatico sulla base dei file aggiornati forniti dai Comuni della provincia.



- È stato affidato il nuovo servizio postale per il recapito degli inviti. Al fine di dare maggiore risalto al contenuto delle missive e renderle più attrattive, è stata progettata appositamente e realizzata una nuova veste grafica a colori delle buste.
- Per migliorare e favorire l'accesso agli utenti è stato potenziato il front office telefonico con l'implementazione di ulteriori 2 postazioni telefoniche del numero verde (in totale attive 5 postazioni), con l'impegno di ulteriori risorse umane.
- Un ulteriore potenziamento delle attività di front office è stato realizzato con l'attivazione di un numero Whatsapp per la richiesta di assistenza e spostamento di appuntamenti.
- Le attività di screening e le iniziative intraprese per favorire l'adesione, sono state promosse attraverso il massiccio utilizzo di post e condivisioni sui social media, migliorando l'immagine e la diffusione delle azioni di prevenzione
- È stata avviata la progettazione di una campagna di comunicazione per la promozione degli screening.
- È stata garantita la partecipazione alle riunioni convocate dal DASOE del gruppo di lavoro per la contrattazione, lo sviluppo metodologico e il supporto operativo ai fini della piena partecipazione dei MMG ai programmi di screening.
- A seguito dell'accordo regionale per migliorare i tassi di adesione, sancito con D.A. 1402/2019, sono stati organizzati N. 13 incontri formativi con il coinvolgimento di oltre 1000 MMG.
- Contestualmente è stata data assistenza a tuffi i MMG per il corretto approccio alla piattaforma informatica per le attività di pulizia delle liste.
- Come disposto dalla Direzione Generale, è stata inserita nelle attività di screening colonretto la rete dei Consulitori. Sono stati effettuati pertanto appositi incontri di formazione con gli operatori, per la corretta applicazione delle procedure.
- Sono stati effettuati 3 aggiornamenti del data base del software relativo all'associazione MMG/Assistiti per la corretta notifica degli esiti degli Assistiti attraverso appositi sviluppi del software gestionale Arianna screening. Pertanto tutti i MMG della provincia di Palermo risultano attivamente coinvolti nei percorsi di screening.
- È siglato da tempo il protocollo d'intesa che abilita le AA.00. alla prenotazione diretta degli esami di screening richiesti ai CUP aziendali.
- Per quanto riguarda la partecipazione ai secondi livelli, nel corso del 2019 il Policlinico universitario ha
- Nel corso del 2019 è stata proposta la revisione concordata e condivisa dei protocolli d'intesa nell'ottica del miglioramento dei PDTA e stabilire la tracciabilità amministrativa dei flussi relativi alle prestazioni di secondo livello rese dalle AA.00.

- Si è proceduto all'analisi dei bisogni interni per la programmazione di attività di supporto agli operatori impegnati nella comunicazione della diagnosi e nelle attività di front-office con la finalità di prevenire e gestire il burn out lavorativo. I corsi di formazione sono previsti per il 2020.
- Sono stati avviati contatti con Federfarma per la piena attuazione di quanto previsto dal D.A. 1726 del 9/8/2019.
- In merito a quanto previsto dal D.A. n.8 del 3.1.2017, l'ASP di Palermo ha di fatto già implementato e avviato nei tempi stabiliti il Programma di screening con HPV test. Per questo è stato implementato e attivato l'apposito modulo software e sono stati effettuati gli incontri di formazione del personale.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP	Relazione sulla effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP		SI	SI
Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma	N. di soggetti invitati / popolazione target	117.494/117.494 100%	100%	56.042 / 56.042 100%
Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	19.561/117.056 16,7%	>=50%	10.393 / 50.266 21%
Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	N. di soggetti invitati / popolazione target	70.025/87.135 80,4%	100%	87.616 / 87.616 100%
Adesione del programma di screening del tumore della mammella	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	25.976/87.135 29,8%	>=60%	34.012 / 78.392 43%
Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	N. di soggetti invitati / popolazione target	177.941/166.253 >100%	100%	167.331 / 167.331 100%
Adesione del programma di screening del colon retto	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	23.498/173.940 13,5%	>=50%	34.426 / 155.645 22%
Coinvolgimento e collaborazione dei MMG	N. di MMG coinvolti / N. MMG	1.070/1.070 100%	>= 60%	1.070 / 1.070 100%
Aggiornamento banca dati anagrafica	Banca dati aggiornata		SI	SI

Presenza PDTA per ogni screening	Esistenza di PDTA per lo Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina		Sì	Sì
Utilizzo HPV-DNA come test primario	N. donne screenate con HPV-DNA / N. totale donne di età 34-64 anni aderenti allo screening oncologico relativo al ca della cervice uterina		100%	100%

Obiettivo 2 ESITI

L'obiettivo si riferisce ai quattro sub obiettivi sottoelencati e agli indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE):

2.1 Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni.

2.2 Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate.

2.3 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno.

2.4 Colectomia laparoscopica: proporzione di colecistomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.

Al fine di perseguire il miglioramento della qualità dell'assistenza e per un'analisi congiunta dei dati, volta a garantire una adeguata assistenza ospedaliera, sono stati effettuati, a cura della UOC Ospedalità Pubblica, degli incontri con le Direzioni Mediche dei PP.00. aziendali, con i Responsabili delle UU.OO. di Ortopedia, di Cardiologia, di Chirurgia e di Ostetricia e Ginecologia.

Per le UU.OO. in cui il valore degli obiettivi si è discostato da quello previsto da AGENAS sono stati organizzati, a cura della UOC Ospedalità Pubblica, degli Audit e nei casi in cui non si è avuta la partecipazione attiva dei Direttori Medici di Presidio e/o dei Direttori delle UU.OO. sono stati richiesti formalmente dei piani di miglioramento.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;	N. Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / N. totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	65,82%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	56,58%

Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non pre-cesarizzate;	N. Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	26,45%	<=15%(fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	26,62%
Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno;	N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / N. totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	90,11%	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	88,57%
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.	N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	86,55%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	83,66

Obiettivo 3 LISTE D'ATTESA – MONITORAGGIO E GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA

Attraverso questo obiettivo si effettua il monitoraggio della garanzia dei tempi di attesa e degli interventi attuati nell'ambito Programma Attuativo Aziendale.

I tempi di attesa sono pubblicati sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex post e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	SI	SI	SI
Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex ante e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	SI	SI	SI
Monitoraggio ex post delle attività di ricovero	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	SI	SI	SI

Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	SI	SI	SI
Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa	Monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con trasmissione all'U. O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	SI	SI	SI
Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta		SI	SI
Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda	Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta		SI	SI

Obiettivo 4 RISPETTO DEGLI STANDARD DI SICUREZZA DEI PUNTI NASCITA

L'obiettivo viene declinato in due sub obiettivi:

- ✓ Punti nascita
- ✓ Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali

Punti nascita

Al fine di incrementare la sicurezza e la qualità dei punti nascita, è stata predisposta una Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti nascita di II livello, in coerenza all'Accordo Stato – Regioni.

L'ASP ha provveduto ad adeguare gli standard organizzativi, tecnologici e strutturali sia dell'area ostetrico-ginecologica che dell'area pediatrica/neonatale.

Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali

Al fine di monitorare le modalità organizzative predisposte per migliorare il livello di appropriatezza e di sicurezza delle prestazioni erogate dai Punti Nascita di 1° e di 2° livello (come previsto dal Accordo CSR 16/12/2010, recepito dal DA 2/12/2011 e s.m.i.) sono stati previsti indicatori di monitoraggio dedicati, differenziando i punti nascita senza UTIN da quelli con UTIN.

I risultati conseguiti sono tutti in linea con i target previsti, anche relativamente all'indicatore 4.2.2.2) ove, per ciascuno dei 15 ricoveri in TIN al 31/12/2019 sono stati seguiti i criteri dettati dall'Assessorato secondo il documento stilato ed inserito nelle linee guida di reparto: tutte le cartelle sono state controllate e nessuna è risultata non conforme.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Punti nascita	Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist		100% 100% = ragg. ob. 100% 950% = ragg. ob. 90% 85% = ragg. ob. 75%	100%
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (senza TIN)	4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno)	0	0	0
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (senza TIN)	4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita		< 8%	27/1074= 2,51%
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (con TIN)	4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio		SI	SI
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali PN (con TIN)	4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale	0%	< 5%	4/15 = 22%

Obiettivo 5 PRONTO SOCCORSO – GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

L'obiettivo principale delle linee di indirizzo è quello di contrastare il sovraffollamento attraverso il monitoraggio continuo, l'analisi delle criticità e l'attuazione degli specifici interventi volti alla riduzione del fenomeno, da attivare in rapporto alla gravità delle situazioni (Non sovraffollamento, Sovraffollamento, Sovraffollamento severo) attraverso i Piani Aziendali per la Gestione del Sovraffollamento.

Con Direttiva Assessoriale n. 9348/19 dell'Assessorato della Salute è stata richiamata l'attenzione delle Direzioni strategiche aziendali al problema del sovraffollamento dei PS e alla effettiva attuazione delle suddette linee di indirizzo, che rivestono carattere di assoluta priorità per il S.S.R., garantendo in modo sistematico le seguenti attività:

- il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento;
- l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;
- l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento.

Con Atto deliberativo n. 219 del 25/02/2019 "Preso d'atto dell'individuazione della funzione di Bed Manager, dell'istituzione del Team Aziendale e del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso (PAGS)", sono stati stabiliti i singoli cronoprogrammi sulle azioni di miglioramento, così



come stabilito dalle Linee Guida D.A. 1584/2018 e dalle successive Disposizioni integrative ed attuative (prot. 9348 del 01/02/2019).

Gli interventi e delle azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento secondo le fasi indicate nel D.A. 1584/2019.

L'analisi degli indici di efficienza operativa dei PP.SS. Aziendali rilevati da marzo 2019, mese di adozione della delibera n. 219 del 25/02/2019, a novembre 2019, mostra un andamento in miglioramento dei valori di efficienza operativa per tutti i PP.00. Aziendali rispetto al mese di inizio dell'attuazione degli interventi previsti dal PAGS.

Confronto media 2018 con media 2019 (da luglio, data in cui sono stati conferiti gli obiettivi, a Dicembre 2019): Ingrassia -46% (valore atteso 70%), Partinico -24 % (valore atteso 70%), Termini Imerese -14 % (valore atteso 70%), Corleone - 59% (valore atteso 50%) Petralia -53% (valore atteso 70%).

E' in fase di implementazione il sistema informatico per il monitoraggio dei tempi di erogazione degli esami ematochimici, radiologici e consulenze nelle varie fasi del processo assistenziale all'interno del PS per l'individuazione dei colli di bottiglia e si è avviata l'analisi dei principali indicatori relativi alla gestione dei posti letto (degenza media, peso medio, tasso di occupazione, ricoveri inappropriati, numero di dimissioni giornaliere). A fine anno, sono stati incontrati i Direttori delle UU.00. di Degenza e dei Servizi per discutere delle criticità e pianificare gli obiettivi per il 2020 per il miglioramento dei dati.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa $t = \frac{n.pazienti\ con\ permanenza >24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}{n.pazienti\ con\ permanenza < 24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}$	0,66	$\geq 70\%$ o $\geq 50\%$	↓
	P.O. G. F. INGRASSIA	0,80		0,65 miglioramento 19%
	P.O. DEI BIANCHI CORLEONE	0,21		0,14 miglioramento 33%
	P.O. MADONNA DELL'ALTO - PETR. SOTTANA	0,41		0,44 miglioramento -7%
	P.O. CIVICO PARTINICO	0,48		0,63 miglioramento -31%
	P.O. S. CIMINO TERMINI IMERESE	0,39		0,38 miglioramento 3%

<p>Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo) Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ; Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento; Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento; Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori</p>	<p>Attuazione degli interventi previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019)</p>		<p>Si</p>	<p>Si</p>
---	---	--	-----------	-----------

Obiettivo 6 DONAZIONE ORGANI

Nell'anno 2018 la donazione d'organi e tessuti in Sicilia ha subito un notevole decremento rispetto ai traguardi raggiunti nell'anno 2017.

L'attività relativa alla donazione organi nell'ASP di Palermo è molto contenuta: nel 2019 è stata effettuata n.1 osservazione di morte celebrale seguita da prelievo di organi e tessuti.

Con delibera 301 del 04/07/2019, si è provveduto a rinnovare la composizione del Comitato Aziendale per l'implementazione delle attività di procurement.

Si è aderito al protocollo d'intesa con il CRT relativamente all'accertamento di morte cerebrale e all'eventuale prelievo di organi e tessuti nota n° 1119/CSS del 14/05/2019, Si è organizzato nell'ambito aziendale n 1 corso di formazione e sensibilizzazione la cui prima edizione è stata effettuata 28/06/2019 e la seconda edizione è stata effettuata il 26/10/2019.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)	Relazione sulla Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)		Si	Si
Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico	Adesione al protocollo d'intesa con il Centro regionale Trapianti relativamente all'accertamento della morte cerebrale e all'eventuale prelievo multiorgano (rif. Nota n.1116/CSS del 14/05/2019)		Si	Si
Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione	Corsi di formazione e/o sensibilizzazione organizzazione in ambito aziendale		>= 2	2



Obiettivo 7 PRESCRIZIONE IN MODALITÀ DEMATERIALIZZATA

I medici dipendenti pubblici (ospedalieri, specialisti ambulatoriali interni, etc), sono individuati dal DA 12/08/2010 (GURS 27/08/2010) come prescrittori di farmaci e prestazioni specialistiche. Il DA 2234/2015 (disposizioni inerenti le prescrizioni medicinali) ha imposto l'obbligo di assolvere alla prescrizione di farmaci. Tuttavia molti medici non si sono ancora adeguati. Al fine di dare attuazione alle disposizioni contenute nei predetti decreti, volte a semplificare a favore degli utenti le procedure di prescrizione e ridurre la conflittualità con MMG e PLS, è necessario che:

- aumenti il numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata
- aumenti in maniera significativa il numero delle prescrizioni dagli stessi effettuate.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
% di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	N. Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione / N. totale dei medici	59,26 % LUG-DIC 2018 specialistica	> 30%	Dati 2° sem.2019: 516/1.128 = 45,74%
numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS	totale ricette DEM prescritte / medici abilitati	252 mensili LUG-DIC 2018 specilistica	100	144.053/516 = 279

Obiettivo 8 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento digitale regionale attraverso il quale il cittadino può consultare e gestire i propri documenti clinici, che potranno essere disponibili agli operatori sanitari, in caso di necessità, per finalità di cura.

Per il buon esito del progetto FSE è necessario coinvolgere un numero significativo di cittadini ricorrendo a tutte le azioni possibili per acquisire il consenso informato per l'attivazione del FSE e per alimentarlo con i referti di laboratorio ed a seguire con altre tipologie di referto.

Nel corso del 2018 sono state emanate specifiche direttive dall'Assessorato della Salute, per l'acquisizione del consenso informato per l'attivazione del FSE per i pazienti ricoverati o in trattamento ambulatoriale e per la trasmissione dei referti di laboratorio. In data 27/02/2019 presso l'Assessorato Regionale della Salute si è tenuto un incontro/formazione dei Direttori Sanitari Presidi Ospedalieri Aziendali e del Direttore del Dipartimento Diagnostica di Laboratorio. Successivamente è stata attivata la formazione presso la sede della UOC Programmazione ed Organizzazione delle attività di Cure Primarie di:

- n. 55 Operatori afferenti i DD.SS. e PP.TT.AA. in data 08/07/2019;
- n. 22 Operatori afferenti i Presidi Ospedalieri "Ingrassia" e "Partinico".



Inoltre sempre la UOC Programmazione ed Organizzazione delle attività di Cure Primarie ha provveduto anche alla formazione di 164 Pediatri di libera scelta e di 779 Medici di Medicina Generale.

Il raggiungimento dell'obiettivo è basato sulla valutazione del numero dei consensi acquisiti e dei referti di laboratorio trasmessi.

Per quanto attiene l'indicatore “% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)” il completamento della fase di adeguamento delle procedure alla trasmissione delle ricette in formato CDA2-HL7, da parte del sistema informatico aziendale, è stata prevista al 31/12/2019. Nel corso del 2019 sono stati effettuati alcuni test di trasmissione per i quali è risultato che circa il 5% dei referti inviati al FSE hanno trovato il fascicolo del paziente aperto a seguito di consenso informato già rilasciato.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
% dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati; (>5%)	N. dei consensi informati acquisiti / N. dei pazienti ricoverati		> 5%	2282/14513 = 15,7%
% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	N. dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE / N. delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	0	> 10%	190/3813 test di trasmissione = 4,7%

Obiettivo 9 SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (P.A.C)

La Regione Siciliana con i Decreti dell'Assessore alla Salute n. 2128/ 2013, n. 402/2015 e n. 1559/2016 ha provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale.

L'obbligo della certificabilità dei dati, come disposto dall'art.2 del Decreto Certificabilità, impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n.266 e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

L'obiettivo intende assicurare che le Aziende del SSR provvedano entro il termine del 30.06.2021 alla piena realizzazione degli adempimenti che consentano di addivenire alla certificabilità dei bilanci aziendali, in coerenza alle previsioni del P.A.C.

Il Piano di Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo è stato approvato e adottato con deliberazione n.248 del 28/02/2019 integrata con delibera n.209 del 20/06/2019. Il Piano fa riferimento alla valutazione del livello di rischio effettuata a fine 2018. Le attività di audit e di follow-up previste sono state tutte svolte ed è stata inviata all'Assessorato della Salute la relativa griglia di rilevazione e la relazione di accompagnamento.

Nell'anno 2019 sono state verificate n.7 procedure con il seguente esito:



- Esito positivo: n.4 (pari al 57%);
- Esiti parzialmente positivo (con riserva di follow up nel 2020): n.3 (pari al 43%)
- Esito negativo nessuna.

Inoltre, è stata avviata una procedura di gara per l'affidamento del servizio di Internal Audit finalizzato al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione interna dell'ASP, aggiudicata all'inizio del 2020.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.	Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.	Sì	Sì	Sì
Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	88,70%	Sì	78,57%

Obiettivo 11 PIANI ATTUATIVI AZIENDALI (P.A.A.)

Il Piano Attuativo Aziendale si articola in tre Aree, come di seguito.

1. Area Sanita' Pubblica e Prevenzione
2. Area Qualita', Governo Clinico e Sicurezza Dei Pazienti
3. Area Assistenza Territoriale e Integrazione Socio-Sanitaria

AREA 1: AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE

1.1 Sanità veterinaria

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
1.1.A – Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	N. Aziende bovine e ovicaprine controllate / n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili	9779/9827 99,5%	100%	4745/4739 99,9%
1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	< 28 gg.	21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	BR bovina 25,28 gg BR ovi-caprina 28,78

1.1.C – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	< 53 gg.	42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	50,09 gg
1.1.D – Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	N. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	bovine 222/2534 = 8,8% ovi-caprine 146/2226 = 6,5%	≥ 5% Aziende bovine ≥ 3% Aziende ovi-caprine	Aziende bovine 177/2487=7,1% Aziende ovi-caprine 116/2234= 5,2%
1.1.E – Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	Percentuale di riduzione della prevalenza	Dati 2015 Pr. Br. Bovina=0,80 Ovicaprina=1,88	≥ 15%	Dati 2019 Pr. Br. Bovina=0,33 =-58,8% Ovicaprina=1,15 =-38,8%

1.2. Igiene degli alimenti

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
1.2.A – Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (Criticità POCS);	Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri laboratori pubblici)		Si	Si L'UOC laboratorio medico di sanità pubblica e la UOS tossicologia e biochimica sono certificati ACCREDIA
1.2.B – Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia), nonché: - Piano Nazionale Residui - Piano monitoraggio Molluschi bivalvi (solo ME e SR)	Rendicontazione dell'attività svolta al 30/06 e al 31/12, rispettivamente, entro il 31 luglio ed il 31 gennaio dell'anno successivo, secondo i modelli all'uopo predisposti, da cui si evinca almeno il 98% di attività svolta rispetto a quella programmata		Si	Si UOC SIAON =486/466=104% UOC SIAPZ =108/108=100% UOC SIAN>98%
1.2.C – Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 Sicurezza Alimentare		Si	Si 3877/3877=100%

1.3. Vaccinazioni

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
1.3.A – Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017)	n. soggetti vaccinati / popolazione target residente	Morbillo Parotite Rosolia 1a dose Coorte 2016 9.961/10.719=92,9% 2a dose Coorti 2002 9.417/13.354=70,5% 2a dose Coorte 2000 8.847/13.383=66,1% 76,5% Varicella 1a dose Coorte 2016 9.625/10.719=89,8% 2a dose Coorti 2002 9.881/13.354=73,9% 2a dose Coorti 2002 7.360/13.383=55% 72,9%	92 - 95% a 24 mesi per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	Esavalente 10021/10594=94,59% Morbillo 9882/10594=93,28% Meningococco 8788/10594=82,95% Pneumococco 9770/10594=92,22%
1.3.B – Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- Nota Prot n. 76451 del 16 Ottobre 2018 - Disposizioni Operative Vaccini)	Relazione sulle attività svolte	Sì	Sì	Sì
1.3.C – Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale	100%	Sì	Sì 545362/545362= 100%
1.3.D – Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018	Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione		Sì	Sì
1.3.E – Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	Morbillo 24/35 68,57 % Rosolia 0/0 100%	100%	Non risultano casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia congenita

1.3.F – Notifica delle malattie infettive	N. notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	Morbillo 35/19 MBI 9/9 TBC 34/32	70%	1/1=100%
---	---	--	-----	----------

1.4. Tutela ambientale

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
1.4.A – Sorveglianza malformazioni congenite	Segnalazioni anni 2018 e 2019 +/- 10% rispetto al 2017		Sì	Da verificare su piattaforma informatica Assessorato Salute
1.4.B –PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute	Raggiungimento degli standard previsti dal PRP linea 2.8 ambiente e salute al 31/12/19		Sì	Sì Corso regionale BICIDI; riunione comitato tecnico reg. REACH e del gruppo di coord. Reg. REACH; riunioni mensili ispettori REACH; adesione delibera Focal Point n.360 del 25/03/2019
1.4.D – Amianto	Registro mesoteliomi: Esecuzione interviste su esposizione in tutti i casi segnalati nel 2019	18/18 100%	> 80 %	12/12=100%
1.4.E – Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (Direttiva 32187 dell'8.4.2016)	Report: invio entro il 31/10/2019		Sì	Sì (Interventi avviati)

1.5. Prevenzione luoghi di lavoro

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
1.5.A – sorveglianza lavoratori ex esposti	invio report trimestrale, aumento 10% inviti, e adesioni e implementazione base arruolabili	-	Sì	Reporti = Sì aumento 10% inviti, e adesioni = NO implementazione base arruolabili = Sì

AREA 2: AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

2.1. Sicurezza dei pazienti

La "Relazione annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi prefissati nel piano aziendale per la gestione del rischio clinico – anno 2019" è consultabile al link <http://qualitarischioclinico.asppalermo.org/>

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
2.1.A – Monitoraggio degli eventi sentinella e dell’attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	Percentuale di completezza della compilazione della scheda A e della scheda B degli eventi sentinella, comprensive cioè di analisi dell’evento avverso, individuazione dei fattori contribuenti e piano di miglioramento, in coerenza al protocollo nazionale (SIMES)		90%	11/11 =100%
2.1.A – Monitoraggio degli eventi sentinella e dell’attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	monitoraggio dell’effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)		Sì	Sì
2.1.B – Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	Valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas		Sì	Sì
2.1.C – Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	Report secondo schema disponibile sulla piattaforma Qualitasicilia SSR		Sì	Sì
2.1.C – Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	Svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette		100%	20/20 = 100%
2.1.D – Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del del “Piano Nazionale di Contrasto dell’Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017-2020” ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali		Sì	Sì
2.1.E – Adempimenti Legge 24/2017	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali		Sì	Sì

2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell’assistenza

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale	Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita	Sì	Sì	Sì
2.2.B – La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas	Attuazione delle direttive regionali	Sì	Sì	Sì

2.3. PDTA

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
2.3.A – Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDTA) secondo direttive regionali.	Report sulla base degli indicatori di monitoraggio specifici previsti dai singoli PDTA secondo direttive regionali		Sì	Sì

2.4 Appropriatelyzza

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
2.4.A – Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti		Sì	Sì

2.5 Outcome

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
2.5.A – Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Report secondo modalità indicate dalla Regione		Sì	Sì

2.6 Trasfusionale

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
2.6.A – Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati: Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (D n.51 del 17.01.2019)	(previsione di raccolta delle EC - raccolta a consuntivo delle EC) / previsione di raccolta delle EC		0 0% = 100 % <= 1% = 80% <= 2% = 60% <= 3% = 50%	4.559 / 4600 99,10%

2.6.B – Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2018.	Kg di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) nell'anno di riferimento - Kg. di Plasma raccolti nell'anno 2018.		anno 2019 = 1239Kg. / anno 2018 = 1091,57= +147,43 Kg. Pari a + 113% di produzione
---	---	--	---

AREA 3: AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

3.1. Cronicità

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (<i>Diabetici</i> a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA) \geq 6,5 Progetto IGEA; <i>Scompensati Cardiaci</i> a media complessità classificati in II° classe NYHA.)	N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x 100		\geq 90%	\geq 90%

3.2 Fragilità

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
3.2.A – Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo	Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi		Sì	Sì

3.3. Disabilità e non autosufficienza

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità	Formalizzazione della procedura		Redazione e formalizzazione della procedura	Sì
3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali	Tempestivo pagamento del 100%		Sì	Sì
3.3.C – Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza	N. valutazioni multidimensionali domiciliari / N. valutazioni multidimensionali totali X 100		\geq 80%	16025/18948 =84,6%

3.4 Privacy

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
3.4.A – Applicazione regolamento europeo sulla protezione dei dati	- Costituzione ufficio per la protezione dei dati - Costituzione gruppo di lavoro		Sì	Sì

Obiettivo EQUILIBRIO DI BILANCIO

il bilancio previsionale 2019 è stato redatto dall'Azienda sulla base delle stime di assegnazione comunicate dall'assessorato seguendo l'iter, esplicitato in delibera n. 275 del 28/6/19; da un'analisi del risultato dell'esercizio corrente che emerge dai modelli CE del primo. del secondo e del terzo trimestre (confermato anche nel quarto trimestre in fase di perfezionamento al 31/12/2019) si evidenzia un andamento di equilibrio rispetto anche al CE previsionale 2019.

Concorrono al mantenimento dell'equilibrio di bilancio anche le attività di monitoraggio dei budget, assegnati dalla Direzione aziendale alle strutture, svolte dalla UOC CO.AN., nonché il settaggio del sistema che non consente di utilizzare altre risorse oltre l'assegnato . Inoltre, anche il miglioramento delle procedure del ciclo passivo hanno concorso al mantenimento di equilibrio di bilancio.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute	assegnazione dei budget economici annuali alle strutture aziendali con vincolo di non poter superare le somme assegnate	Sì	Sì	Sì
	monitoraggio somme spese rispetto al budget assegnato	Sì	Sì	Sì

Obiettivo TEMPI DI ATTESA

Osservanza degli adempimenti prescritti espressamente dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), predisposto in attuazione dell'Intesa- Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019/2021 di cui all'art. 1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n. 266 (PNGLA), al fine del superamento delle criticità connesse ai lunghi tempi di attesa.

VEDI Obiettivo 3

Obiettivo CONTENIMENTO SPESA PERSONALE

1. La spesa personale anno 2019, al netto di alcune voci come previsto dalla normativa, è stata pari a euro 243.394.696, inferiore rispetto al tetto di spesa anno 2004 ridotto del 1,4% pari a 308.372.486.



2. Con la definizione di tutte le procedure assunzionali a tempo indeterminato, così come programmate nel piano del fabbisogno del personale approvato con la deliberazione n. 430 del 4 aprile 2019, riscontrata dall'Assessorato della Salute con la nota prot, n. 41338 del 23 maggio 2019, si procederà alla contestuale cessazione, per i corrispondenti profili, dei rapporti di lavoro a tempo determinato in una visione quindi di programmata gradualità temporale per garantire le esigenze assistenziali. Fatte salve evidentemente quelle situazioni sopravvenute che possono comportare una sofferenza degli organici, pur in presenza di procedure assunzionali avviate (es. sopravvenute cessazioni dal servizio che rendono temporaneamente persistente la vacanza organica pur in presenza di avviate procedure assunzionali).

Nel 2019 rispetto al 2018 è possibile rilevare una diminuzione numerica degli incarichi a tempo determinato per taluni profili professionali e invece l'incremento per altri profili, con una diminuzione complessivamente di n.31 incarichi. Tuttavia, rispetto tetto fissato dalla normativa il costo del personale TD anno 2020 risulta ancora superiore per le motivazioni suddette.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Rispetto del tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art.1 della legge 23 dicembre 2014 n. 190 che, modificando il comma 3 dell'art. 17 del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n. 111, ha esteso fino al 2020 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge n.191/2009	Rispetto del tetto di spesa (relazione)	Sì	Sì	Sì
Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del Dl. 31 maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato	Redazione del programma	Sì	Sì	No

Obiettivo CONTENIMENTO SPESA BENI E SERVIZI

Provveditorato

Per l'anno 2019, nell'espletamento delle procedure necessarie per l'acquisizione di beni e servizi, fatta eccezione per le Gare centralizzate programmate (CUC e/o di bacino) e nei casi in cui l'operatore economico — esclusivista del prodotto — non è iscritto in Piattaforma Consip, si è fatto ricorso a procedure Consip e Me.Pa., come previsto dalla normativa vigente per le categorie merceologiche ivi presenti e quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno. Il tutto, comunque, nel rispetto della normativa nazionale e regionale nel caso in cui i prezzi fossero competitivi rispetto a quelli forniti da altri operatori.

Inoltre, si conferma che sono sempre stati rispettati tetti di spesa previsti dal Budget assegnato, garantendo il contenimento e riduzione della spesa.

In merito alle procedure negoziate e/o operate in carattere d'urgenza presso l'UOC Provveditorato, le stesse si sono rese necessarie poiché i prodotti relativi a tali procedure costituivano attrezzature salvavita,



ovvero si trattava di farmaci richiesti per pazienti affetti da patologie rare, o ancora al fine di richiedere formalmente ad alcune Ditte la presentazione di offerte per forniture in lotti di dispositivi medici non aggiudicati a causa di mancanza di proposte d'offerta o offerte non valide, a fronte della necessità di dover procedere all'aggiudicazione definitiva di ogni singolo lotto della procedura negoziata de qua.

In merito alle proroghe realizzate nel periodo in esame dall'UOC Provveditorato, le stesse sono state motivate dall'esigenza di non poter interrompere servizi essenziali per l'Azienda, in attesa della definizione delle nuove procedure di che trattasi — di esclusiva competenza della Centrale Unica di Committenza regionale, ai sensi del DPCM del 24/12/2005.

Progettazione e Manutenzione

Le procedure di acquisto di beni e servizi da parte della UOC Progettazione e Manutenzione sono state esperite facendo esclusivo ricorso a CONSIP, ME.PA., ed alle Centrali uniche di Committenza.

Logistica e servizi esternalizzati

In riferimento all'obiettivo aziendale "Contenimento della spesa per beni e servizi" afferente tutte le linee d'intervento della UOC Logistica e servizi esternalizzati, nell'anno 2019 si è fatto ricorso esclusivamente alle procedure Consip/MePa, così come regolamentato dalla normativa vigente in materia, sia a livello nazionale che regionale. Non si è fatto ricorso ad affidamenti diretti non giustificati né sistematici per l'affidamento dei servizi di competenza, né sono stati rinnovati contratti in difetto di programmazione.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi. In particolare, fatte salve le gare centralizzate programmate (CUC e/o di Bacino), dovrà farsi ricorso esclusivamente alle procedure Consip e Me.Pa, ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett d) della Legge 7 agosto 2012, n. 135 di conversione con modificazioni del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95, per le categorie merceologiche ivi presenti e quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno e, comunque, nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale e dei relativi atti regolamentari e/o attuativi nel caso in cui i prezzi siano competitivi rispetto a quelli forniti da altri operatori In ogni caso, è fatto divieto al ricorso a procedure negoziate e di urgenza — con esclusione dei casi di privativa industriale — non giustificato e sistematico ed il rinnovo di contratti in difetto di programmazione	Rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi		Sì	Sì

Obiettivo UTILIZZO SOMME DA N.2726/201 E DA N.1839/2018"

Le somme assegnate per la messa in sicurezza dei presidi di continuità assistenziali e delle aree di emergenza e pronto soccorso sono state utilizzate per il 59,4% entro il 2019, e comunque per la restante parte sono stati redatti i relativi progetti.

Le procedure connesse al completo utilizzo delle somme risultano pertanto attivate al 100%.

IMPORTO STANZIATO	Opere realizzate nel 2018	Opere realizzate nel 2019	Progetto esecutivo redatto entro il 2019	delta
1.910.000,00	644.684,00	490.316,00	775.000,00	
	33,8%	25,7%	40,6%	0,0%

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Utilizzo somme DA n.2726/2017 e DA n.1839/2018 Per l'Area di emergenza e urgenza e per il Pronto soccorso, attivazione delle procedure connesse al completo utilizzo delle somme assegnate a valere sulle risorse residue accantonate nella G.S.A. per gli anni 2017/2018, di cui ai DD.AA. n. 2726 del 22 dicembre 2017 e n. 1839 del 12 ottobre 2018, per l'adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dal D.A. 890/2002, secondo la seguente tempistica: 31 dicembre 2019 Progettazione esecutiva i; 31 dicembre 2020 Avvio lavori	Attivazione procedure di rispettiva competenza come richiesto con nota ASP/13998/2019 del 03/04/2019		Sì	Sì



Obiettivo CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA

L'Assessorato della Salute ha stabilito per il 2019, per la provincia di Palermo, un decremento totale della spesa farmaceutica convenzionata, pari ad € 1.973.671,08.

Tuttavia l'obiettivo attribuito a ciascuna provincia da parte della Regione per l'anno 2019 è stato comunicato con il DA 1634/2019 emanato nel mese di agosto 2019, quando già ben sette mensilità di spesa erano state consumate.

Il Dipartimento Farmaceutico ha attivato tutte le misure finalizzate al contenimento della spesa, la completa divulgazione dei nuovi indicatori di consumo ai medici dell'ASP e l'avvio delle azioni di monitoraggio.

A partire dal mese di settembre 2019 e durante l'ultimo quadrimestre dell'anno, attraverso l'intensificazione del monitoraggio prescrittivo delle nove categorie individuate, questa ASP ha progressivamente ridotto il disallineamento dal target previsto, chiudendo l'anno con un notevole decremento dei consumi ed un risultato complessivo che è passato dal + 6 % registrato a maggio 2019, prima dell'emissione del decreto, al + 1,2% di fine anno (con una riduzione del 79,7% del gap registrato a maggio).

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione per l'assistenza farmaceutica territoriale / ospedaliera	Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione (relazione)		Sì	Parziale 79,7%

Obiettivo FLUSSI INFORMATIVI

Nel 2019 tutti i flussi regionali e ministeriali sono stati regolarmente inviati.

Inoltre l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo è stata oggetto del progetto "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del Sistema Sanitario Regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione — CIG 6891146194"

Il Progetto ha previsto adozioni di metodologie di condivisione e di costante monitoraggio al fine di evidenziare criticità relative ai flussi informativi:

- Beni e Servizi;
- Personale Dipendente;
- Personale Convenzionato;
- Controllo di Gestione.

Nel corso dell'anno sono stati esaminati tutti i flussi e le criticità evidenziate e gli obiettivi da raggiungere in percentuali diverse nell'anno 2019 e 2020.

Nel 2019 si sono avuti due incontri con i consulenti della KPMG, Funzionari e Dirigenti dell'Assessorato: i flussi informativi sono stati monitorati, sono state messe in opera le raccomandazioni



con un costante coinvolgimento dei Responsabili dei settori preposti, si è assistito pertanto nel corso dell'anno ad un costante miglioramento della performance, sia a livello quantitativo che qualitativo.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi", sia di istituzione nazionale che regionale, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, alla qualità del dato, anche, in termini di coerenza con altre fonti informative e, di completezza, avuto riguardo tanto alle strutture di competenza dell'Azienda che alla periodicità di ciascun file, secondo i criteri di valutazione che saranno specificati con separato atto dell'Assessorato	Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi" (monitoraggio e azioni di miglioramento)	Sì	Sì	Sì

Obiettivo PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Nell'anno in corso è stato adottato il PTPC 2019-2020-2021, giusta delibera n.72 del 28/01/2019, ove, tra l'altro, sono state indicate le aree di rischio generali e specifiche nonché le misure ritenute idonee a prevenire i fenomeni di corruzione integrate e diramate, a tutti i referenti Aziendali, con circolare prot. n. 40 del 25/02/2019 e con successiva nota prot. n. 105 del 26/07/2019

Con nota prot. n.62/Prev.Corr, il RPC ha assegnato alle articolazioni aziendali obiettivi specifici riguardanti l'osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione, monitorando con successive note il raggiungimento degli obiettivi assegnati. L'assegnazione degli obiettivi è stata direttamente correlata al rispetto di tutte le misure generali e specifiche previste dal PTPC, e particolarmente esplicitate con circolare prot. n.40/Prev.Corr. del 25/02/2019, pubblicata nel sito Amministrazione Trasparente.

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa.

Vista la notevole quantità di documenti e dati da pubblicare, sono state programmate innovazioni ed automazioni volte alla pubblicazione relative alla Trasparenza mediante la creazione di apposite interfacce WEB attraverso cui, ogni soggetto produttore di dati e documenti, possa procedere direttamente alla pubblicazione on line. Così con Del.n.49 del 27/01/2017 PTPCT 2017-2019, l'amministrazione aziendale ha disposto che ciascuna struttura debba direttamente pubblicare i dati di propria competenza.

Tuttavia, nell'ambito della complessiva informatizzazione dell'Azienda a cui si è dato avvio solo di recente, le suddette interfacce WEB non sono ancora disponibili e la pubblicazione è a cura del Responsabile della Trasparenza.



Il P.T.P.C. 2019-2021 e la Relazione annuale del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione sono pubblicati sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente / Altri contenuti / Prevenzione della Corruzione.

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corrutivi in sanità	Osservanza degli obblighi in materia di Prevenzione della Corruzione: redazione Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e monitoraggio del rispetto degli obblighi da parte delle strutture aziendali	Sì	Sì	Sì
Osservanza degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n_ 97, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico	Osservanza degli obblighi in materia di Trasparenza: redazione del Piano Triennale per l'integrità e la trasparenza e monitoraggio del rispetto degli obblighi da parte delle strutture aziendali. Gestione del sito internet aziendale.	Sì	Sì	Sì

Obiettivo LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

Anno 2019 – Medici autorizzati all'ALPI n.160, così suddivisi: Dirigenti Medici dipendenti n.152; Specialisti ambulatoriali n. 8. Inoltre, sono state stipulate n.2 convenzioni in ALPI con altri Enti

sub-obiettivo	indicatore	base-line 2018	target 2019	Valore raggiunto 2019
Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in materia di libera professione intramuraria ai sensi dell'art. 1 comma 7 della legge 3 agosto 2007 n. 120 e s.m.i.	Osservanza delle disposizioni in materia (monitoraggio e relazione)	Sì	Sì	Sì

4.3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2019: OBIETTIVI ANNUALI 2019 PER STRUTTURA

La Direzione Strategica ha declinato gli obiettivi strategici triennali, individuando opportuni obiettivi operativi per l'anno 2019 che consentano di perseguire gli obiettivi strategici stabiliti, quindi li ha assegnati alle macrostrutture (Dipartimento – Distretto Sanitario – Distretto Ospedaliero e UU.OO. di Staff) e alle singole strutture complesse. Inoltre, sono definiti ulteriori obiettivi annuali per le aree non coperte dagli obiettivi specifici triennali.

Per l'anno 2019 i valori di performance organizzativa raggiunti dalle strutture assegnatarie di obiettivi, sulla base di quanto rendicontato dai responsabili delle medesime strutture e esaminato/riscontrato dal Controllo di Gestione, e a seguito della valutazione dell'OIV, sono di seguito riportati:

STRUTTURE ASSEGNATARIE DI OBIETTIVI DI BUDGET 2019		% raggiungimento Performance organizzativa Anno 2019
UU.OO. della Direzione Aziendale		
	Coordinamento staff strategico (UOC)	100%
	Programmazione, Controllo di Gestione – SIS (UOC)	100%
	Legale (UOC)	100%
	Psicologia (UOC)	100%
	Servizio Prevenzione e Protezione (UOC)	100%
	UOS Educazione alla Salute Aziendale (UOS)	100%
	UOS Sorveglianza Sanitaria (UOS)	100%
I Dipartimenti Sanitari funzionali		
	Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie (UOC)	100%
	Medicina legale e fiscale (UOC)	100%
	Integrazione socio-sanitaria (UOC)	100%
	Ospedalità pubblica (UOC)	100%
	Ospedalità privata (UOC)	100%
	Coordinamento assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare (UOC)	100%
I Dipartimenti Sanitari strutturali		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		97,58%
	HACCP - RSO (UOC)	100%
	Sanità pubblica, epidemiologia e medicina preventiva (UOC)	95,8%
	Igiene degli ambienti di vita (UOC)	100%
	Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale (UOC)	100%
	Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (UOC)	80%
	Impiantistica ed antinfortunistica (UOC)	100%
	Laboratorio medico di sanità pubblica (UOC)	100%

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO		99,7%
	Igiene urbana e lotta al randagismo (UOC)	100%
	Sanità animale – Area A (UOC)	98,6%
	Igiene della produzione degli alimenti di origine animale e loro derivati – Area B (UOC)	100%
	Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – Area C (UOC)	100%
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA		99,25%
	Modulo 1 (UOC) <i>Misilmeri-Palermo</i>	100%
	Modulo 2 (UOC) <i>Palermo</i>	100%
	Modulo 3 (UOC) <i>Palermo</i>	100%
	Modulo 4 (UOC) <i>Palermo</i>	100%
	Modulo 5 (UOC) <i>Palermo</i>	95%
	Modulo 6 (UOC) <i>Termini Imerese-Bagheria</i>	95%
	Modulo 7 (UOC) <i>Cefalù-Petralia Sottana</i>	100%
	Modulo 8 (UOC) <i>Corleone-Lercara Friddi</i>	100%
	Modulo 9 (UOC) <i>Partinico-Carini</i>	95%
	Dipendenze patologiche (UOC)	100%
	Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza territoriale (UOC)	100%
DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO		97,09%
	Salute della donna e del bambino territoriale (UOC)	100%
	DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Ginecologia e ostetricia (UOC)	90,52%
	DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Ginecologia e ostetricia (UOC)	90%
	DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Pediatria (UOC)	100%
	DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Ginecologia e ostetricia (UOC)	91,73%
	DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Neonatologia (UOC)	100%
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO		100%
	Farmacie (UOC)	100%
	Farmaco e farmacoepidemiologia (UOC)	100%
	Distretto farmaceutico PA 1 (UOC) con sede al P.O. "Civico" di Partinico	100%
	Distretto farmaceutico PA 2 (UOC) con sede al P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	100%
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO		100%
	DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Patologia clinica (UOC) [lab. core]	100%
	DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Patologia clinica (UOC) [lab. core]	100%
	DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Patologia clinica (UOC) [lab.core+s]	100%
	DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Anatomia Patologica (UOC)	100%
	Medicina trasfusionale (UOC)	100%
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		99%
	DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Radiodiagnostica + TAC (UOC)	100%
	DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Radiodiagnostica + TAC (UOC)	100%
	DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Radiodiagnostica + TAC e RMN (UOC)	100%

DIPARTIMENTO DELLE ANESTESIE, DELLE TERAPIE INTENSIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE		98,57%
	DO 1 P.O. "Civico" di Partinico - Anestesia e rianimazione (UOC)	94,85%
	DO 2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese - Anestesia e rianimazione (UOC)	96,14%
	DO 3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo - Anestesia e rianimazione (UOC)	94,85%
i Distretti Sanitari		
	Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)	84,15%
	Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)	98,13%
	Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)	100%
	Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)	100%
	PTA "Biondo" (UOC)	100%
	PTA "Casa del Sole" (UOC)	100%
	PTA "E. Albanese" (UOC)	100%
	PTA "Guadagna" (UOC)	100%
i Distretti Ospedalieri		
Distretto Ospedaliero n.1 - PP.OO. integrati "Civico" di Partinico e "Dei Bianchi" di Corleone		
	Direzione Sanitaria (UOC) - [interospedaliera] con sede al P.O: "Civico di Partinico"	96,71%
	Coordinamento amministrativo (UOC) - [interospedaliero] con sede al P.O. "Civico" di Partinico	100%
P.O. "Civico" di Partinico		
	Medicina interna (UOC)	96,35%
	Cardiologia-UTIC (UOC)	86,71%
	Chirurgia generale (UOC)	92,92%
	Ortopedia e traumatologia (UOC)	86,71%
P.O. "Dei Bianchi" di Corleone		
	Funzioni igienico-organizzative (UOS)	100%
	Medicina interna (UOC)	100%
	Chirurgia generale (UOS)	98,42%
Distretto Ospedaliero n.2 - PP.OO. integrati "S. Cimino" di Termini Imerese e "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana		
	Coordinamento amministrativo (UOC) - [interospedaliero] con sede al P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	100%
P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese		
	Direzione Sanitaria (UOS)	95%
	Medicina interna (UOC)	96,57%
	Chirurgia generale (UOC)	94,83%
	Otorinolaringoiatria (UOC)	100%
	Ortopedia e traumatologia (UOC)	89,09%

P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana		
	Funzioni igienico-organizzative (UOS)	100%
	Medicina interna (UOC)	100%
Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo e Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo		
	Direzione Sanitaria (UOC) - [interospedaliera] con sede al P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	100%
	Coordinamento amministrativo (UOC) - [interospedaliero] con sede al P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	100%
P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo		
	Gastroenterologia ed endoscopia - Screening colon retto (UOS)	97%
	Medicina interna (UOC)	98,29%
	Cardiologia-UTIC con emodinamica (UOC)	98,01%
	Geriatrics (UOC)	97,48%
	Chirurgia generale (UOC)	88,29%
	Ortopedia e traumatologia (UOC)	88,29%
Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo		
	Medicina fisica e riabilitazione intensiva (UOC)	100%
	Medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale (UOC)	100%
I Dipartimenti Amministrativi		
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI		100%
	Gestione giuridica e sviluppo organizzativo (UOC)	100%
	Gestione economica e previdenziale (UOC)	100%
	Affari generali e convenzioni (UOC)	100%
	Trattamento economico personale convenzionato (UOC)	100%
DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO		99,25%
	Bilancio e programmazione (UOC)	100%
	Contabilità analitica e patrimonio (UOC)	100%
	Contabilità generale e gestione tesoreria (UOC)	85%
	Progettazione e manutenzioni (UOC)	100%
	Provveditorato (UOC)	100%
	Logistica e gestione servizi esternalizzati (UOC)	100%

Le schede di tutte le suddette strutture con esplicitati gli obiettivi, gli indicatori, i valori attesi e i valori raggiunti sono riportati nell'allegato 2.



4.4. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA

L'articolo 7, comma 2, lett. a) del d.lgs. 150/2009 stabilisce che all'Organismo indipendente di valutazione "compete la misurazione e valutazione della performance organizzativa di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso".

In questa sezione, quindi, si riporta la relazione dell'OIV del 16/06/2020 relativa alla valutazione della performance organizzativa e individuale - anno 2019.

RELAZIONE DELL'OIV DEL 16/06/2020 RELATIVA ALLA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE - ANNO 2019
--

A) LA VALUTAZIONE ORGANIZZATIVA

Premessa

Nel condurre la procedura di valutazione della *performance* organizzativa e individuale del 2019 l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) segue il Sistema di Misurazione e Valutazione della *Performance* (SMVP) dell'Azienda del 2011, la normativa vigente di cui al D. Lgs. 74/2017 e le indicazioni delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP).

Cardine della valutazione *organizzativa* demandata all'OIV sono:

- la misurazione degli obiettivi organizzativi, fornita dagli uffici aziendali;
- l'analisi degli scostamenti tra *valore atteso* e *valore raggiunto* di ogni struttura;
- l'interpretazione dei risultati, sia a livello di unità organizzativa che complessiva dell'Amministrazione;
- le cause che hanno determinato il mancato raggiungimento degli obiettivi, affinché l'ASP-PA possa ricercare le soluzioni, pianificarle e programmarle nel successivo "Ciclo della *performance*";
- la correttezza del sistema degli indicatori e delle misure adottate;
- l'evidenza di eventuali problemi o errori nella definizione degli obiettivi e / o nella costruzione degli indicatori.

L'OIV conclude la fase di valutazione della *performance* organizzativa con la formulazione di un giudizio che possa essere utile alla Direzione Strategica ai fini di:

- a) migliorare l'organizzazione
- b) ridefinire gli obiettivi dell'Amministrazione
- c) valorizzare le risorse umane quale riconoscimento del merito per la qualità della prestazione lavorativa, i metodi di incentivazione della produttività e della qualità delle prestazioni lavorative previsti dalla vigente normativa.

Questa fase, propedeutica alla chiusura del «Ciclo di gestione della *performance* 2019», fase che l'Organo concluderà con l'emissione della Relazione di validazione della Relazione sulla *performance*, permette di programmare, misurare e poi valutare come l'organizzazione ha utilizzato le sue risorse, umane e materiali, secondo criteri di *efficienza* nell'erogare con *efficacia* servizi adeguati alle attese dei cittadini e degli utenti, col fine ultimo di creare *Valore Pubblico*, ovvero di produrre un *impatto* migliorativo del livello di benessere sociale ed economico dei cittadini, degli utenti e dei portatori di interesse.

Dato che la prospettiva della programmazione e della definizione degli obiettivi, sia organizzativi che individuali, deve condurre alla difesa di valori eticamente rilevanti, quali il benessere dei cittadini e la tutela della salute nei vari livelli di prevenzione e di cura, umana e animale, a conclusione del ciclo annuale della *performance*, la procedura di valutazione deve necessariamente contenere sia una visione «retroattiva», propedeutica alla premiazione del merito



con l'erogazione della quota stipendiale legata ai risultati di *performance* organizzativa e individuale, quale quota aggiuntiva per la migliorativa attività svolta, sia una visione «prospettica» volta da un lato alla promozione di rinnovate strategie orientate alla soluzione delle criticità emerse in fase di revisione dei processi e dei risultati, e dall'altro al conseguimento di impatti positivi sul territorio, tali da incrementare il «Valore Pubblico» sotteso alla *mission* dell'ASP-PA. L'OIV farà riferimento alle indicazioni di metodo e di prospettive promosse dalla L. G. n. 2 del 2017 "Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della *performance*" e, in particolare ai contenuti del § 4.3.

Va anche precisato che *misurazione* e *valutazione* sono due fasi ben distinte e che la valutazione non è un controllo interno, come erroneamente lo aveva definito il D. Lgs. 286/1999, poi ripreso dal TUEL, ma si avvale delle misurazioni oggettive sui risultati, ulteriormente completati a mezzo di giudizi sui contributi oggettivi del personale dati ai risultati aziendali e sulla funzionalità dei relativi comportamenti.

L'OIV ricorda la sua disponibilità a dare «supporto metodologico» non solo durante il Ciclo della *performance* ma anche in altre attività inerenti alla *performance*, come prevede l'art. 6, comma 2 del DPR 105/2016, che così recita: «L'organismo indipendente di valutazione svolge le funzioni e le attività di cui all'articolo 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009 con l'obiettivo di supportare l'amministrazione sul piano metodologico e di verificare la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della *performance* organizzativa e individuale». Si precisa che l'attuale OIV si è insediato il 30 aprile 2019 con il ciclo 2018 da concludere, e gli obiettivi 2019 sono stati rimodulati e assegnati a giugno 2019 a seguito dell'insediamento del Direttore Generale dell'ASP di Palermo il 16 aprile 2019 e il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo il 17 giugno successivo.

La procedura di valutazione dell'OIV

In data 08 maggio 2020 i Componenti dell'OIV hanno ricevuto per e-mail le schede degli obiettivi delle strutture organizzative comprendenti, per ogni obiettivo, l'indicatore, il peso, il risultato storico disponibile, il valore atteso 2019, il valore conseguito 2019, il peso conseguito. Esse sono corredate dalle relazioni dei rispettivi direttori di dipartimento e/o UOC a commento e anche «a giustificazione» dei risultati conseguiti.

Nel dover rispondere al mandato di valutazione dei processi organizzativi e degli scostamenti tra risultati conseguiti e risultati attesi, i Componenti dell'OIV hanno visionato gli obiettivi e i relativi i risultati ai fini della formulazione del giudizio. Il lavoro è stato effettuato con collegamenti a distanza per via delle norme restrittive ai fini del contenimento dei contagi causati dalla pandemia da coronavirus SARS Covid 19.

Si precisa che la valutazione organizzativa dell'OIV non può far riferimento al SMVP aziendale edito nel 2011, giacché esso nella prima parte prende in considerazione la valutazione individuale del personale e nella seconda la valutazione del Collegio Tecnico e non offre indicazioni utili sui criteri di valutazione della *performance* organizzativa adottata dall'Azienda.

La fase di valutazione che l'OIV è chiamato a svolgere prevede l'analisi e l'interpretazione dei risultati rilevati nella fase di misurazione e degli eventuali scostamenti rispetto al risultato storico e al target atteso, alla luce dei fattori di contesto (esogeni o endogeni) che possono aver influito sull'allineamento o sullo scostamento dei risultati conseguiti rispetto agli attesi, con il principale scopo di lasciare che l'esperienza 2019 possa offrire ulteriori opportunità per migliorare le *performance* negli anni successivi.

Compiti dell'OIV, per mandato «presidio metodologico» nello sviluppo dei processi di *performance*, sono:

- identificare i fattori che hanno portato agli scostamenti, per un utile ritorno all'Amministrazione affinché abbia un quadro dei rischi da prevenire in fase di futura programmazione;
- verificare se gli scostamenti hanno radici in un problema di «sistema», con particolare riferimento alle fasi di programmazione e di misurazione, rivalutando l'analisi del contesto, le criticità organizzative ancora esistenti, la giusta definizione degli obiettivi secondo le disposizioni l'art. 5, comma 2, lettere a-g) del D. Lgs. 74/2017;
- analizzare la natura degli scostamenti dal punto di vista della genesi esogena o endogena.

Sono numerosi e di varia natura i servizi erogati dall'Azienda Sanitaria Provinciale: prestazioni finali e intermedie negli ospedali, di cura e prevenzione in ambito umano e veterinario, nei servizi ospedalieri e territoriali: ma anche erogazione di prodotti sanitari e farmaceutici, finanziamento delle case di cura private, multiforme specialistica ambulatoriale, raccolta sangue e produzione di plasma, solo per fare alcuni esempi del vasto catalogo che l'Azienda deve servire. In tale fattispecie, trovare una metrica da adattare a tutte le unità è una sfida che rischia di non raggiungere, almeno in questa prima fase di applicazione della predetta linea guida, una chiarezza espositiva valida e



utile per tutti i servizi, senza sviare dalla finalità del lavoro dell'OIV di rilasciare un giudizio di valutazione utile ai professionisti e dipendenti tutti delle unità operative, nonché all'Azienda nel suo complesso.

I Componenti dell'Organo hanno proceduto a visionare i dati esitati dalla misurazione dei risultati ai fini della definizione dei criteri con cui formulare i giudizi in maniera coerente e omogenea alle diverse unità organizzative aziendali, sanitarie e amministrative. Nella seduta dell'11 maggio 2020 l'OIV ha discusso con la Responsabile della Struttura Tecnica Permanente e i dirigenti aziendali i primi rilievi e le iniziali osservazioni ai fini di chiarire meglio alcuni punti ritenuti rilevanti. Nel contempo l'OIV ha sollecitato l'invio del rimanente materiale per avere il quadro complessivo della misurazione e dei risultati conseguiti.

Il lavoro è stato svolto, in fase preliminare, attraverso contatti informali tra i Componenti dell'OIV, che hanno proceduto all'esame del materiale man mano ricevuto dagli Uffici dell'Azienda, al fine di appropriarsi della visione panoramica della metodologia che l'Azienda ha adottata, e hanno definito la modalità di presentazione di questa Relazione con i relativi dati. Nel corso delle sedute formali con i Responsabili degli Uffici coinvolti – UOC Controllo di Gestione e SIS, Struttura Tecnica Permanente, Segretario dell'OIV e referente della Direzione Sanitaria Aziendale –, l'OIV ha presentato il lavoro svolto, insieme alla richiesta di chiarimenti su alcuni obiettivi e risultati. In questa fase sono stati chiariti errori interpretativi e fatto emergere reali criticità su alcuni passaggi di assegnazione degli obiettivi, all'insegna di una fruttuosa collaborazione finalizzata al miglioramento dei processi aziendali.

Gli obiettivi declinati alle varie strutture organizzative risultano essere in parte la trasposizione quelli che l'Assessorato della Salute ha dato ai Direttori Generali all'atto della nomina triennale e saranno utilizzati per la valutazione di fine mandato. In siffatta specie, assegnazione e target non sempre pongono l'accento sulle criticità aziendali delle singole strutture. Gli obiettivi regionali, noti come «contrattuali», rispondono a una necessità di trattamento valutativo dei direttori generali a fine mandato e a uno sviluppo omogeneo di adeguamento delle aziende a *performance* comuni. Essi sono in funzione di una innovazione che l'Assessorato vuole ottenere nello sviluppo della sanità in Sicilia. Ciò comunque non limita le Aziende dalla necessità di varare ulteriori obiettivi ritenuti opportuni per meritevoli interventi riorganizzativi orientati alla soluzione di emergenti criticità e nella prospettiva di ottenere impatti migliorativi sul territorio.

L'OIV si è dato un cronoprogramma per completare il processo di valutazione entro la prima decade di giugno del 2020 affinché gli uffici addetti possano assumere le osservazioni dell'Organo nella "Relazione sulla *performance*" in fase di predisposizione. Rispettando tali scadenze, il processo di valutazione, con l'auspicata validazione della Relazione sulla performance 2019, si concluderà entro il 30 giugno 2020.

Come raccomandata dalla L.G. 2/2017, l'OIV ha basato sulla misurazione dei risultati dell'UOC «Programmazione, Controllo di Gestione e SIS», l'analisi degli scostamenti al fine di individuare i:

- *fattori esogeni*, causati da eventi non direttamente controllabili dall'Amministrazione;
- *fattori endogeni*, perché presentano valori diversi preventivati dall'Amministrazione in sede di pianificazione e, quindi, controllabili;
- *problemi ed errori* incorsi nella costruzione degli indicatori o dei *target* degli obiettivi.

I primi due sono desunti dalle "Relazioni" dei direttori dipartimento a corredo dei risultati conseguiti. Si coglie l'occasione per affermare che l'OIV dà per scontata la veridicità di quanto nelle stesse i direttori di dipartimento hanno affermato e sottoscritto.

Analisi delle schede e delle relazioni

Nell'analisi e valutazione degli obiettivi si è ritenuto opportuno adottare uno schema per dare una coerenza interna al lavoro e favorire anche attività di benchmark. Maggiore attenzione è stata posta dove si sono riscontrati scostamenti tra valore atteso e valore conseguito, mentre dove l'obiettivo è stato pienamente raggiunto l'OIV si è chiesto se lo stesso avesse le caratteristiche individuate dal D. Lgs. 74/2017, comma 2, lettere a-g) e, soprattutto, se «fosse tale da realizzare un reale miglioramento dei servizi resi ai cittadini».

Di seguito le schede con le unità organizzative raccolte per macrostruttura.

Presidio Ospedaliero« Ingrassia »			
Unità organizzativa	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Direzione Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. - Gli obiettivi «ESITI» non appaiono di natura operativa, ma di generale coordinamento e semplice monitoraggio, e non sono collegati al risultato richiesto dall'obiettivo contrattuale. La Relazione del Direttore Sanitario non fa emergere le criticità che hanno determinato il mancato raggiungimento. - Per l'UOC di Chirurgia Generale il mancato conseguimento dell'obiettivo «ESITI» è attribuito alla causa «esogena» della lunga assenza del primario. - La criticità del sovraffollamento in P.S., pur la Relazione del Direttore Sanitario motivando le iniziative assunte, non è stata risolta. 	100	<ul style="list-style-type: none"> - L'obiettivo «ESITI» sembra essere stato trasformato in adempimento formale. - La Relazione tende a sanare il mancato raggiungimento di obiettivi, ma non offre soluzioni e prospettive alle criticità.
Medicina Interna	<ul style="list-style-type: none"> - L'UOC non aveva raggiunto l'obiettivo nel 2018-baseline ma giustificato, mentre nel 2019 lo raggiunge al 100% (=17/17). - "Efficienza operativa al P.S.": non raggiunto. 	98,3	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo contrattuale risulta conseguito. - Gli altri obiettivi posti su ordinaria attività lavorativa: (es., prevenzione ictus in FA)
Chirurgia Generale	<ul style="list-style-type: none"> - Non raggiunge l'obiettivo contrattuale«ESITI» (punti 0,56/10). - Non raggiunge l'obiettivo contrattuale«Efficienza operativa al P.S.» (punti 3,29/5). - Questi due obiettivi hanno una bassa pesatura, poco sfidante. 	88,3	<ul style="list-style-type: none"> - Attribuita alla lunga assenza del primario il mancato raggiungimento degli obiettivi. - Distribuzione dei pesi più favorevole agli obiettivi facilmente raggiungibili.
Ortopedia	<ul style="list-style-type: none"> - Non raggiunge gli obiettivi contrattuali «ESITI» (punti 0,0/10) né quello della«Efficienza operativa al P.S.» (punti 3,29/5). - La bassa pesatura di questi due obiettivi contrattuali regionali limita la perdita di performance complessiva dell'UO. 	88,3	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi rilevanti e sfidanti hanno un basso peso. - Distribuzione dei pesi favorevole agli obiettivi facilmente raggiungibili.
Cardiologia	<ul style="list-style-type: none"> - Quasi pieno il risultato dell'obiettivo contrattuale«ESITI». - Il risultato della «Efficienza operativa al P.S.» è il migliore rispetto a quello delle altre UO del presidio. 	98,1	<ul style="list-style-type: none"> - L'UO esprime la miglior performance del Presidio con obiettivi contrattuali sfidanti pressoché pienamente raggiunti e oggettivamente misurati.
Geriatrica	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi posti su ordinaria attività lavorativa. - Non raggiunge obiettivi oggettivamente misurati, quale il "sovraffollamento al P.S.". 	97,5	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi poco sfidanti. - Obiettivi operativi trasformati in meri adempimenti.



Gastro- enterologia- Screening colon retto	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi per lo più riferiti all'ordinaria attività lavorativa. - Un quarto dei pazienti ha aderito allo screening per la prevenzione del carcinoma del colon e del retto. 	97,0	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi di dubbia rilevanza. - Il braccio dell'obiettivo di pertinenza di questa UO non è stato raggiunto.
---	--	------	---

Presidio Ospedaliero« Termini »			
Unità organizzativa	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Direzione Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. - Gli obiettivi «ESITI» non appaiono di natura operativa, ma di generale coordinamento e semplice monitoraggio, e non sono collegati al risultato richiesto dall'obiettivo contrattuale. La Relazione del Direttore Sanitario non fa emergere le criticità che hanno determinato il mancato raggiungimento. - Per l'UOC di Chirurgia Generale il mancato conseguimento dell'obiettivo «ESITI» è attribuito alla causa «esogena» della lunga assenza del primario. - La criticità del sovraccollamento in P.S., pur la Relazione del Direttore Sanitario motivando le iniziative assunte, non è stata risolta. 	100	<ul style="list-style-type: none"> - L'obiettivo «ESITI» sembra essere stato trasformato in adempimento formale. - La Relazione tende a sanare il mancato raggiungimento di obiettivi, ma non offre soluzioni e prospettive alle criticità.
Medicina Interna	<ul style="list-style-type: none"> - Non consegue l'obiettivo contrattuale di contrasto al sovraccollamento in Pronto Soccorso. 	96,6	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi consistenti in monitoraggi e adempimenti.
Chirurgia Generale	<ul style="list-style-type: none"> - Scostamento nel risultato dell'obiettivo «ESITI» (punti 8,3/10). - Scostamento nel risultato dell'obiettivo sul contrasto al «sovraccollamento in P.S.» (1,6/5). 	94,8	<ul style="list-style-type: none"> - Ridotta performance sugli obiettivi rilevanti e sfidanti.
Ortopedia e Traumatologia	<ul style="list-style-type: none"> - Scostamento nel risultato dell'obiettivo «ESITI» (2,5/10). - Scostamento nel risultato dell'obiettivo sul contrasto al «sovraccollamento in P.S.» (1,6/5). 	89,1	<ul style="list-style-type: none"> - Ridotta performance sugli obiettivi rilevanti e sfidanti.
Otorino-laringoiatria	<ul style="list-style-type: none"> - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. 	100	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi esitanti in attività di monitoraggio e adempimenti.



Presidio Ospedaliero « Corleone »			
Unità organizzativa	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Direzione Sanitaria	- Assenza di scostamenti. - Gli obiettivi sono degli adempimenti formali.	100	- Obiettivi di bassa rilevanza e di dubbia pertinenza.
Medicina Interna	- Obiettivi di impegno clinico (BPCO e Prevenzione dell'ictus in pazienti con FA) trasformati in attività di monitoraggio.	100	- Bassa rilevanza e dubbia pertinenza.
Chirurgia Generale	- Lieve scostamento del risultato dell'obiettivo "ESITI", che peraltro raggiunge una buona <i>performance</i> : (punti 8,4/10). - Gli altri obiettivi, compresi i contrattuali, sono stati raggiunti.	98,4	- Buona <i>performance</i> .

Presidio Ospedaliero « Partinico »			
Unità organizzativa	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Direzione Sanitaria	- L'obiettivo operativo rivolto al contrasto del sovraffollamento in Pronto Soccorso non ha raggiunto il risultato atteso. - Gli altri obiettivi raggiungono il risultato atteso. - L'obiettivo "Esiti" è trasformato in un adempimento di monitoraggio.	96,7	- Alcuni obiettivi non sembrano pertinenti al ruolo di D.S., né particolarmente sfidanti. - Nella relazione del D.S. sono esplicitati gli interventi organizzativi, che tuttavia non sono valsi a superare le criticità.
Medicina Interna	- Tra gli obiettivi contrattuali non è raggiunto quello della riduzione del sovraffollamento al Pronto Soccorso.	96,3	- L'obiettivo mancato è rilevante.
Chirurgia Generale	- Scostamento nell'obiettivo "Esiti". - Scostamento nell'obiettivo sul contrasto al sovraffollamento in PS.	92,9	- L'obiettivo mancato è rilevante.
Cardiologia	- Non raggiunge l'obiettivo del contrasto al sovraffollamento in PS.. - Manca risultato empowerment.	86,7	- Gli obiettivi non conseguiti sono rilevanti.
Ortopedia e Traumatologia	- Scostamenti sui risultati degli obiettivi contrattuali.	86,7	- Gli obiettivi non conseguiti sono rilevanti.



Presidio Ospedaliero « Petralia Sottana »			
Unità organizzativa	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Direzione Sanitaria	- Nessuno scostamento rispetto al risultato atteso.	100	- Obiettivi contrattuali conseguiti.
Medicina Interna	- Nessuno scostamento rispetto al risultato atteso.	100	- Obiettivi contrattuali conseguiti.

Centro riabilitativo di alta specializzazione « Villa delle Ginestre » di Palermo			
Unità organizzativa	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Medicina Fisica Intensiva	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi consistenti in meri adempimenti e monitoraggi.
Medicina Fisica Ambulatoriale	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi consistenti in meri adempimenti e monitoraggi.

Dipartimento della Prevenzione Veterinaria			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Dipartimento	- Assegnati obiettivi che costituiscono meri adempimenti e non collegabili alle specifiche attività delle UOC afferenti.	99,7	- Bassa rilevanza e pertinenza per il ruolo di direttore di dipartimento
Sanità animale Area A	- Un solo obiettivo presenta uno scostamento sul peso (4,4/5) ed è quello del tempo intercorso tra un intervento e l'altro nei casi di monitoraggio dei focolai di brucellosi.	98,6	- Obiettivi su ordinaria attività lavorativa e adempimenti formali.
UOC Igiene alimenti – Area B	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi su ordinaria attività lavorativa e adempimenti formali.
Igiene allevamenti - Area C	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi su ordinaria attività lavorativa e adempimenti formali.
Igiene urbana	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi su ordinaria attività lavorativa e adempimenti formali.

Dipartimento Farmaceutico			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Dipartimento	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- L'obiettivo sul controllo degli antibiotici è sfidante perché interviene sulla modifica di comportamento dei professionisti - L'obiettivo non raggiunto è motivato dalla relazione puntuale.
Farmacie	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Bassa rilevanza e dubbia pertinenza
Farmaco e Farmaco-epidemiologia	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Bassa rilevanza e dubbia pertinenza
Distribuzione farmaci- PA 1	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- L'obiettivo 6 costituisce una premessa per l'implementazione di azioni non previste nel corso dell'anno.
Distribuzione farmaci- PA 2	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- L'obiettivo 6 costituisce una premessa per l'implementazione di azioni non previste nel corso dell'anno.

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Dipartimento	<ul style="list-style-type: none"> - L'unico obiettivo non conseguito è la bassa adesione al programma di screening del carcinoma della cervice uterina. - Sul risultato del dipartimento si riversa il mancato raggiungimento dell'obiettivo "ESITI" di riduzione dei parti cesarei nelle primipare delle UOC. - Sul dipartimento questo obiettivo è assegnato come coordinamento e monitoraggio di attività. 	97,1	<ul style="list-style-type: none"> - Un solo obiettivo è sfidante, mentre gli altri sono adempimenti e risultati di altre unità organizzative.
SDB Territoriale	<ul style="list-style-type: none"> - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. 	100	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi che richiedono adempimenti nel normale svolgimento del lavoro e attività di monitoraggio.
Ginecologia DO1 Partinico	<ul style="list-style-type: none"> - Lo scostamento si registra nell'obiettivo "ESITI", che realizza 0,52 punti /10. - Gli altri obiettivi sono raggiunti al 100/100. 	90,5	<ul style="list-style-type: none"> - L'obiettivo "ESITI" richiede un momento riorganizzativo in Azienda.
Ginecologia DO2 Termini	<ul style="list-style-type: none"> - Lo scostamento si registra nell'obiettivo "ESITI", che realizza 0,52 punti /10. - Gli altri obiettivi sono raggiunti al 100/100. 	90,0	<ul style="list-style-type: none"> - L'obiettivo "ESITI" richiede un momento riorganizzativo in Azienda.
Ginecologia DO3 Ingrassia	<ul style="list-style-type: none"> - Lo scostamento si registra nell'obiettivo "ESITI", realizza 1,73 punti /10. - Gli altri obiettivi sono raggiunti al 100/100. 	91,7	<ul style="list-style-type: none"> - L'obiettivo "ESITI" richiede un momento riorganizzativo in Azienda.
Pediatria DO2 Termini	<ul style="list-style-type: none"> - - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. 	100	<ul style="list-style-type: none"> - Gli obiettivi traducono meri adempimenti
UTIN DO3 Ingrassia	<ul style="list-style-type: none"> - - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. L'obiettivo di dimissione dei pazienti direttamente da UTIN non è conseguito. Non si rilevano le cause nella relazione che, peraltro, dichiara che l'UOC è in possesso di tutti i requisiti organizzativi e strutturali. 	100	<ul style="list-style-type: none"> - Nulla di rilievo.

Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Dipartimento	- Nessuno scostamento rispetto al risultato atteso	99,2	- Obiettivi non rilevanti e di dubbia pertinenza.
MOD. 1	- Nessuno scostamento rispetto al risultato atteso	100	- Adempimenti e monitoraggi.
MOD. 2	- Nessuno scostamento rispetto al risultato atteso	100	- Adempimenti e monitoraggi.
MOD. 3	- Nessuno scostamento rispetto al risultato atteso	100	- L'obiettivo 4.1 ha rilevanza organizzativa, anche se il target (entro 5 giorni lavorativi) poteva essere più sfidante. - Gli altri sono adempimenti e monitoraggi.
MOD. 4	- Nessuno scostamento rispetto al risultato atteso	100	- L'obiettivo 4.1 ha rilevanza organizzativa, anche se il target (entro 5 giorni lavorativi) poteva essere più sfidante. - Gli altri sono adempimenti e monitoraggi.
MOD. 5	- - Non consegue l'obiettivo contrattuale sull'empowerment	95,0	- L'obiettivo 4.1 ha rilevanza organizzativa, anche se il target (entro 5 giorni lavorativi) poteva essere più sfidante. - Gli altri sono adempimenti e monitoraggi. - L'obiettivo sull'empowerment, oltre alla rilevanza clinica, ha rilevanza etica.

Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
MOD. 6	- - Non consegue l'obiettivo contrattuale sull'empowerment	95,0	<ul style="list-style-type: none"> - L'obiettivo 4.1 ha rilevanza organizzativa, anche se il target (entro 5 giorni lavorativi) poteva essere più sfidante. - Gli altri sono adempimenti e monitoraggi. - L'obiettivo sull'empowerment, oltre alla rilevanza clinica, ha rilevanza etica.
MOD. 7	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi	100	<ul style="list-style-type: none"> - L'obiettivo 4.1 ha rilevanza organizzativa, anche se il target (entro 5 giorni) lavorativi poteva essere più sfidante. - Gli altri sono adempimenti e monitoraggi.
MOD. 8	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi	100	<ul style="list-style-type: none"> - L'obiettivo 4.1 ha rilevanza organizzativa, anche se il target (entro 5 giorni lavorativi) poteva essere più sfidante. - Gli altri sono adempimenti e monitoraggi.
MOD. 9	- - Non consegue l'obiettivo contrattuale sull'empowerment	95,0	<ul style="list-style-type: none"> - L'obiettivo 4.1 ha rilevanza organizzativa, anche se il target (entro 5 giorni lavorativi) poteva essere più sfidante. - Gli altri sono adempimenti e monitoraggi. - L'obiettivo sull'empowerment, oltre alla rilevanza clinica, ha rilevanza etica.
NPIA	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi	100	- Obiettivi tradotti in adempimenti.



Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
DP	- - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi	100	- Report di monitoraggio - Questionario di indagine conoscitiva.

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Dipartimento	- - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi	100	- Alcuni obiettivi non sembrano pertinenti.
DO1 Partinico	- - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi	100	- Obiettivi di dubbia rilevanza. - Mancato l'obiettivo contrattuale di contrasto del sovraffollamento in P.S.
DO2 Termini	- - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi	100	- Obiettivi di dubbia rilevanza. - Mancato l'obiettivo contrattuale di contrasto del sovraffollamento in P.S.
DO3 Ingrassia	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi	100	- Obiettivi di dubbia rilevanza. - Mancato l'obiettivo contrattuale di contrasto del sovraffollamento in P.S.
Anatomia Patologica	- - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi	100	- Obiettivi su normale attività lavorativi. - Obiettivo 3.2: Target non sfidante.
Medicina Trasfusionale	- - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi	100	- Obiettivi su normale attività lavorativa. - Impegno richiesto nell'incremento della raccolta di emocomponenti.

Dipartimento di Diagnostica per Immagini			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Dipartimento	- Impercettibile scostamento rispetto ai risultati attesi	99,0	- A parte l'obiettivo sullo screening mammografico, gli altri sono orientati ad attività di monitoraggi o su ordinaria attività lavorativa.
DO1 Partinico	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. - Obiettivo sul contrasto al sovraffollamento al Pronto Soccorso non raggiunto ma giustificato per cause esogene all'unità operativa.	100	- Utile la reingegnerizzazione del processo.
DO2 Termini	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. - Obiettivo sul contrasto al sovraffollamento al Pronto Soccorso non raggiunto ma giustificato per cause esogene all'unità operativa.	100	- Utile la reingegnerizzazione del processo.
DO3 Ingrassia	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. - Obiettivo sul contrasto al sovraffollamento al Pronto Soccorso non raggiunto ma giustificato per cause esogene all'unità operativa.	100	- Utile la reingegnerizzazione del processo.

Distretti Sanitari			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
33-Cefalù	- Non raggiunge diversi obiettivi contrattuali.	84,2	- Obiettivi rivolti a monitoraggi e adempimenti. - Non raggiunge l'obiettivo sull'empowerment - L'obiettivo sull'empowerment, oltre alla rilevanza clinica, ha rilevanza etica.
34-Carini	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi contrattuali raggiunti. - Altri obiettivi sono rivolti a monitoraggi e adempimenti.
35-Petralia	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi contrattuali raggiunti. - Altri obiettivi sono rivolti a monitoraggi e adempimenti.



Distretti Sanitari			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
36-Misilmeri	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi contrattuali raggiunti. - Altri obiettivi sono rivolti a monitoraggi e adempimenti.
37-Termini Imerese	- Minimo scostamento sui risultati attesi	98,1	- - Obiettivi rivolti a monitoraggi e adempimenti.
38-Lercara	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi contrattuali raggiunti. - Altri obiettivi sono rivolti a monitoraggi e adempimenti.
39-Bagheria	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi contrattuali raggiunti. - Altri obiettivi sono rivolti a monitoraggi e adempimenti.
40-Corleone	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi contrattuali raggiunti. - Altri obiettivi sono rivolti a monitoraggi e adempimenti.
41-Partinico	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivo 6 non raggiunto per cause esogene (quiescenza dello specialista) "giustificato..
42-Palermo	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi contrattuali raggiunti. - Altri obiettivi sono rivolti a monitoraggi e adempimenti.
PTA Biondo	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi contrattuali raggiunti. - Altri obiettivi sono adempimenti ordinari.
PTA Casa del Sole	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi contrattuali raggiunti. - Altri obiettivi sono adempimenti ordinari.
PTA Albanese	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi contrattuali raggiunti. - Altri obiettivi sono adempimenti ordinari.
PTA Guadagna	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- L'obiettivo 7.1 è rilevante, il suo risultato rimanda alla relazione: giustificato.

Dipartimento di Prevenzione			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Dipartimento	<ul style="list-style-type: none"> - Nessuno scostamento rispetto al risultato atteso. - Il risultato del 100% non è raggiunto perché l'UOC SPEM non lo raggiunge. 	97,6	- Obiettivi esitanti in adempimenti.
SPEM	<ul style="list-style-type: none"> - Non raggiunge i tre obiettivi sull'adesione ai programmi di screening da parte dei cittadini. I bracci dell'obiettivo attinenti alla convocazione dei cittadini, al coinvolgimento dei MMG e all'aggiornamento della banca sono stati attuati, mentre è venuta meno l'adesione dei cittadini. Tuttavia, non è raggiunto perché l'indicatore prevede la percentuale di soggetti sottoposti a screening su soggetti convocati. 	95,8	- Insuccesso della procedura eseguita, per cui è opportuna la reingegnerizzazione del processo.
IAV	<ul style="list-style-type: none"> - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. 	100	- Obiettivi su ordinaria attività lavorativa e su adempimenti.
IASPN	<ul style="list-style-type: none"> - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. 	100	- Obiettivi su ordinaria attività lavorativa e su adempimenti.
SPRESAL	<ul style="list-style-type: none"> - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. 	100	- Obiettivi su ordinaria attività lavorativa e su adempimenti.
IA	<ul style="list-style-type: none"> - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. 	100	- Obiettivi su ordinaria attività lavorativa e su adempimenti.
LMSP	<ul style="list-style-type: none"> - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. 	100	- Obiettivi su ordinaria attività lavorativa e su adempimenti.
HACCP	<ul style="list-style-type: none"> - Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. 	100	- Obiettivi su ordinaria attività lavorativa e su adempimenti.

UU.OO. della Direzione Aziendale			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Coordina-mento staff strategico	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi pertinenti e rilevanti. Alcuni sembrano adempimenti, altri non risentono dei mancati risultati delle unità operative destinatarie.
Program-mazione, Controllo di gestione – SIS	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi pertinenti e rilevanti.
Legale	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi concernenti attività di reportistica e attività lavorativa accessoria (Es., Regolamento tariffe).
Psicologia	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Report su ordinaria attività lavorativa.
Servizio Prevenzione e Protezione	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Attestazione di ordinaria attività lavorativa.
Educazione alla Salute	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Attestazione di ordinaria attività lavorativa.
Sorveglianza sanitaria	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Attestazione di ordinaria attività lavorativa.



Dipartimento di Programmazione e Organizzazione delle Cure Primarie			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Cure Primarie	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Mera attività di monitoraggio
Medicina Legale e Fiscale	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Mera attività di monitoraggio
Integrazione Socio Sanitaria	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi su ordinaria attività lavorativa
Ospedalità Pubblica	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Mera attività di monitoraggio
Ospedalità Privata	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Mera attività di monitoraggio
Coordina-mento assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Mera attività di monitoraggio

Dipartimento Risorse Umane			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Dipartimento	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi di esitanti in adempimenti.
Gestione Giuridica e Sviluppo Organ.	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Rilevante l'obiettivo 7.1. Gli altri sono degli ordinari adempimenti.
Gestione Economica e Previdenziale	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Un obiettivo è stato stralciato.
Trattamento Economico Personale Convenzionato	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi posti su ordinari adempimenti.
Affari Generali e Convenzioni	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi posti su ordinari adempimenti.

Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Dipartimento	- Minimo scostamento rispetto ai risultati attesi.	99,3	- Obiettivo 5.1 non conseguito (5,14/10), ma giustificato. - Altri obiettivi rivolti ad attività di monitoraggio e ordinaria attività lavorativa.
Bilancio	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi per lo più pertinenti e di media rilevanza.
Contabilità Analitica	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Adempimenti legati ad ordinaria attività lavorativa.
Contabilità Generale	- Scostamento del risultato rispetto all'atteso.	85,0	- Adempimenti legati ad ordinaria attività lavorativa. - Il target dell'obiettivo 4.1 poteva essere più sfidante. - Non raggiunge 3.1 che è un obiettivo sfidante.
Progettazione e Manutenzione	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. - Obiettivo di riduzione del sovraffollamento al PS privo di target sfidante.	100	- Adempimenti legati ad ordinaria attività lavorativa.
Provveditorato	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. - Obiettivo di riduzione del sovraffollamento al PS privo di target sfidante.	100	- Adempimenti legati ad ordinaria attività lavorativa.
Logistica	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi. - Obiettivo di riduzione del sovraffollamento al PS privo di target sfidante.	100	- Adempimenti legati ad ordinaria attività lavorativa.

Coordinamento Amministrativo			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
DO1 – Partinico-Corleone	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi su ordinaria attività. - Non c'è un seguito all'indagine conoscitiva sulle criticità rilevate.
DO2 – Termini Imerese - Petralia Sottana	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi su ordinaria attività. - Non c'è un seguito all'indagine conoscitiva sulle criticità rilevate.
DO3 – Ingrassia e Villa delle Ginestre	- Assenza di scostamenti rispetto ai risultati attesi.	100	- Obiettivi su ordinaria attività. - Non c'è un seguito all'indagine conoscitiva sulle criticità rilevate.

Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore			
Unità organizzative	Analisi degli scostamenti e cause	Risultato in %	Giudizio
Dipartimento Anestesia e Rianimazione	- Modesto scostamento del risultato complessivo del Dipartimento rispetto al risultato atteso.	98,6	- Pesi non sfidanti.
Anestesia e Rianimazione - PO Partinico	- Modesto scostamento del risultato dell'obiettivo "ESITI" conseguito sull'atteso. - Bassa performance sull'obiettivo contrattuale "ESITI".	94,8	- Peso dell'obiettivo "ESITI" non sfidante.
Anestesia e Rianimazione - PO Termini Imerese	- Modesto scostamento del risultato dell'obiettivo "ESITI" conseguito sull'atteso. - Bassa performance sull'obiettivo contrattuale "ESITI".	96,1	- Peso dell'obiettivo "ESITI" non sfidante.
Anestesia e Rianimazione - PO Ingrassia	- Modesto scostamento del risultato dell'obiettivo "ESITI" conseguito sull'atteso. - Bassa performance sull'obiettivo contrattuale "ESITI".	94,8	- Peso dell'obiettivo "ESITI" non sfidante.

Valutazione della performance complessiva annuale

A completamento della fase di valutazione degli obiettivi di *performance* dati alle strutture aziendali, l'OIV descrive le osservazioni rilevate fornendo una tabella riassuntiva delle con le percentuali stratificate in cinque fasce, i cui ambiti range sono stati autonomamente scelti. In essa si evidenzia che quasi il 70,0% delle strutture consegue il risultato pieno del 100%, se a questi si aggiunge la fascia tra il 99,9% e il 95,0% la percentuale ascende a 85,46%; il 7,69% è nella fascia 94,9-90,0%, e il 5,98% tra 89,9 e 80,0%; nessuno ha un risultato inferiore all'80,0%. Tra il 90,0% e il 100% si colloca il 93,15% delle unità organizzative. Il risultato medio aziendale è 98,3%, tanto da far ritenere che il sistema «non prevede» la differenziazione dei risultati, come la norma sollecita. I portatori di interesse si attendono da risultati così rilevante *impatto* migliorativi sui servizi al territorio.

Tabella 1: Distribuzione dei risultati per fasce percentuali della valutazione organizzativa

Fascia	Range	Unità organizzative N°	Percentuali
1	100%	81	69,23%
2	99,9-95,0%	19	16,23%
3	94,9-90,0%	9	7,69%
4	89,9-80,0%	7	5,98%
5	<80,0%	0	0,0
		Totale	Media Aziendale
		117	98,3

La visione d'insieme dell'architettura degli obiettivi del 2019 mostra che essi hanno due fonti: una trae origine dall'Assessorato Regionale della Salute, l'altra dall'Azienda. I risultati degli obiettivi della prima sono collegati alla valutazione del Direttore Generale in riferimento al suo mandato; i secondi, invece, sono stati generati in ASP-PA e i loro contenuti si risolvono in adempimenti e rilevamento di dati di monitoraggio di attività e di cui si dubita che siano a volte pertinenti alle competenze dei destinatari. I target e le soglie di riferimento dei primi, noti come contrattuali, rispecchiano i parametri indicati dall'Assessorato Regionale della Salute, invece, quelli degli altri sono determinati in autonomia. Per quanto riguarda la misurazione dei risultati, per i contrattuali essa è oggettivamente rilevata da documenti ufficiali, quali le schede di **dimissione** ospedaliera o da altri dati di produzione gestiti in via informatica, ovvero da ben definite procedure aziendali, mentre, per l'altro ampio gruppo, gli extra-contrattuali, le modalità di misurazione sono nella stessa attività svolta, affidate ai destinatari stessi degli obiettivi, e a volte privi di scadenza temporale, specie quando, essendo l'attività parte di un processo, a valle devono intervenire altri soggetti.

È doveroso rilevare che a carico dei risultati degli obiettivi *contrattuali* – ad esempio gli obiettivi «Esiti», la limitazione del sovraffollamento al Pronto Soccorso, l'*empowerment* del paziente, solo per citarne alcuni e, quindi, inerenti alla valutazione dell'azione del Direttore Generale – si registrano i maggiori e i più vistosi scostamenti rispetto ai risultati attesi. Questi obiettivi di "salute" hanno altresì ripercussioni di valenza etica perché hanno conseguenze sulla prognosi *quoad vitam* e *quoad valetudinem* dei pazienti. Quelli del secondo gruppo, invece, sembrano fine a sé stessi, si esauriscono nel mero adempimento, e non sembrano avere influenze particolari sul miglioramento dei processi aziendali.

Il risultato medio complessivo aziendale degli obiettivi organizzativi è 98,3%. Tuttavia, di alcuni obiettivi *contrattuali*, vedi «la riduzione della frattura di femore entro due giorni dal ricovero negli over 65 anni», il cui target è 94,3%, l'UOC dell'Ingrassia ha conseguito il 51,9%, Partinico il 67,9%, Termini Imerese 68,7%. Anche la «riduzione dei parti cesarei primari» richiede un investimento strategico perché il target massimo del 15,0% è ampiamente superato dall'UOC dell'Ingrassia (24,1%), Termini Imerese (30,5%), Partinico (25,4%); neanche «l'UTIN» rispetta il target massimo del 5,0% dei dimessi direttamente dall'UOC perché consegue il 22,0%. Di questi obiettivi, come di altri *contrattuali*, è opportuno procedere alla revisione dei processi che li sostengono.

Per quanto riguarda gli obiettivi di fonte aziendale che vertono su richieste di dati di monitoraggio e di compilazione di report, l'OIV rileva che questi dati non devono essere richiesti alle strutture a fine anno, bensì forniti alle stesse durante lo svolgimento delle attività affinché conoscendo i risultati in corso d'opera, possano assumere adeguate



iniziative correttive: il monitoraggio è strumento di lavoro abituale nell'ambito del management gestionale. Nella fattispecie, invece, monitoraggio e reportistica sono richiesti a chiusura di anno di gestione, per cui non svolgono le funzioni cui sono chiamati e diventano superflui perché le azioni sono già avvenute. Potrebbero essere utili per la programmazione del ciclo della *performance* successiva, ma anche in questo caso, la loro utilità è dubbia perché il nuovo ciclo di gestione della *performance* è già stato varato. Il senso del monitoraggio, che deve essere condotto da parti terze, è quello di offrire ai Responsabili l'aggiornamento continuo del livello di *performance* conseguito, in modo che, intervenendo in corso d'opera con le dovute correzioni, l'obiettivo possa essere raggiunto.

Obiettivi realmente operativi, quali quelli del gruppo "Esiti", per alcune strutture, per esempio le direzioni sanitarie, sono declinati nella richiesta di un rendiconto da cui non emergono gli effetti cui essi sono destinati né la loro reale utilità per le strutture assegnatarie né per il sistema Azienda.

Sull'obiettivo di «adesione agli screening oncologici» l'OIV ritiene che esso doveva essere costituito da due indicatori diversi: uno per il dipartimento di Prevenzione che doveva raggiungere l'efficacia di portare alle unità operative destinatarie della procedura clinica la percentuale di pazienti prevista; l'altro per le unità operative eroganti le prestazioni, che doveva eseguire tutti gli esami richiesti entro un certo margine temporale. Le UOC del Dipartimento di Prevenzione raggiungono l'obiettivo. Le meritevoli azioni di potenziamento adottate dal Dipartimento di Prevenzione, pur avendo generato un miglioramento dei dati rispetto all'anno precedente, non hanno sortito l'effetto di portare alle unità operative coinvolte la percentuale di pazienti idonea a superare la soglia target predefinita, anche se in taluni casi c'è una crescita rispetto ai dati del 2018.

Il direttore della macrostruttura ha un ruolo sovraordinato sulle UOC e quindi è parte degli obiettivi delle stesse. Di solito lo si impegna in obiettivi che puntano alla riorganizzazione in termini di miglioramento dell'efficienza, di efficacia, di economicità e di appropriatezza dei servizi che la struttura diretta offre ai cittadini. Invece, il collegamento tra le due strutture – dipartimento e UOC – avviene ribaltando il risultato dell'unità operativa sul dipartimento, il che può tradursi o in un privilegio o in un danno del dipartimento in mancanza di un obiettivo che coinvolga il direttore del dipartimento e lo faccia responsabile. Questo metodo adottato non è applicato comunque al direttore sanitario, chiamato a compiti di governo delle strutture del presidio per cui rimane indenne da eventuali mancati risultati delle UOC afferenti.

L'obiettivo del regolamento per il *front office* è stato assegnato a diverse unità operative, intendendosi come «Obiettivo di gruppo». L'OIV ritiene che l'indicatore dell'obiettivo non debba essere raggiunto con la semplice formulazione dell'adempimento da parte di ciascun destinatario dell'obiettivo, bensì con l'approvazione finale dell'organo sovraordinato affinché l'azione richiesta possa concretizzare l'efficacia. Inoltre, andava definito un target temporale, che poteva anche essere inferiore a un anno.

Sulla relazione del direttore della struttura a chiusura di anno di gestione, essa tende a far emergere sia l'impegno profuso per il perseguimento degli obiettivi sia a spiegare e a giustificare il perché i risultati attesi degli obiettivi sono stati mancati, sanando quasi sempre la criticità con effetti di ristoro ai fini remunerativi. Qui interviene una procedura di autovalutazione degli obiettivi organizzativi, aprendo a una soggettività di giudizio che, limitandosi a porre in evidenza alcune criticità, non va oltre nell'additare le soluzioni, cioè la base della riprogrammazione dei processi a sostegno degli obiettivi.

Sulla *prevenzione della corruzione e la trasparenza*. A tutte le strutture sono stati assegnati gli stessi obiettivi, la cui attuazione, comunque, richiede compiti formali che non sembrano incidere nei processi burocratici più intrinsecamente suscettibili di difformità rispetto alla via maestra della legalità. Tale criticità, rilevata dall'esame del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-2022, l'OIV l'aveva già evidenziata e verbalizzata nella seduta del 22 gennaio 2020, e che qui si richiama e si fa propria. L'OIV nella stessa seduta ha sollecitato lo sviluppo di ulteriori analisi volte a mettere a fuoco possibili criticità nei processi interni all'Azienda su cui posizionare obiettivi peculiari, caratteristici e caratterizzanti l'azione preventiva dell'ASP-PA.

La valutazione partecipativa dei cittadini

Il rilevamento dell'informazione si inserisce nell'ambito della "Valutazione partecipativa dei cittadini", i cui contenuti concorrono a supportare la valutazione della *performance* 2019 dell'ASP-PA. Il DFP ha sviluppato dal DFP la Linea Guida n. 4 del novembre 2019. La valutazione partecipativa – di cui all'articolo 7, comma 2, lettera c) del D. Lgs. 150/2009 – assolve il rilevante compito di aiutare a conoscere gli impatti dell'azione della ASP-PA sui servizi resi ai cittadini. Il suo ambito è la qualità di tutte le attività istituzionali e di tutte le prestazioni offerte dall'Azienda, rappresenta il momento di verifica dell'efficienza e dell'efficacia delle scelte adottate e limita l'autoreferenzialità interna. Essa è chiamata a incidere nella valutazione della *performance* organizzativa dell'amministrazione secondo quanto stabilito dagli articoli 8 e 19 bis del D. Lgs. 74 del 2017. Si tratta di un nuovo approccio valutativo che l'ASP-PA



dovrà rendere a sistema. Di seguito si forniscono le informazioni disponibili nell'ambito del tema della valutazione terza.

Reclami

L'OIV ha ricevuto il resoconto sui reclami dell'anno 2019. Il documento rileva che i cittadini hanno segnalato inefficienze in ambito organizzativo laddove ci sono dei servizi di supporto (prenotazioni CUP) e per comportamenti individuali non adeguati sia nei riguardi dei medici che del personale del comparto. Per la prima criticità le attività e i processi oggetto di disservizi richiedono la reazione delle UOC coinvolte nel ridiscutere la disfunzione ai fini della reingegnerizzazione dei processi. La seconda criticità, inerente ai comportamenti individuali, ha diversi ambiti applicativi: dalla rivisitazione del caso in ambito disciplinare alla rivisitazione degli obiettivi individuali per migliorare la *performance* dei comportamenti dei soggetti interessati. Non ci sono elementi per verificare le iniziative assunte nell'Azienda in conseguenza delle segnalazioni ricevute, sia in ambito organizzativo che di valutazione individuale.

Wistleblowing

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha riscontrato la richiesta dell'OIV dei dati delle segnalazioni dei whistleblower trasmessa con nota prot. n. 46/STP del 27/05/2020 con la riproposizione della nota prot. N. 136/Prev. Corr. del 28/11/2019. Il riscontro ricevuto contiene una sintesi generica e riassuntiva delle segnalazioni priva di informazioni utili a conoscere e approfondire quanto segnalato. Pertanto l'8 giugno 2020 l'OIV ha inoltrato al Responsabile della Prevenzione della Corruzione una nuova richiesta per assumere la «copia» delle segnalazioni delle attività illecite pervenute nell'anno 2019, eventualmente cassate prive di dati anagrafici, nonché la rispettiva «copia» delle conseguenti iniziative poste in essere dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione. L'articolo 4-ter del D. Lgs. 74/2017 recita che «Nell'esercizio delle funzioni di cui al comma 4 [del medesimo articolo], l'OIV ha accesso a tutti gli atti e documenti in possesso dell'amministrazione, utili all'espletamento dei propri compiti, nel rispetto della disciplina in materia di protezione di dati personali. Tale accesso è garantito senza ritardo. [...]».

Procedimenti disciplinari

Con nota del 28.05.2020, prot. n. 64 dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari si apprende che nel 2019 è stato trattato solo un caso a carico di un dipendente e concluso con l'archiviazione.

Qualità percepita

Con nota dell'01.06.2020, prot. 689/URP, il Referente aziendale della Qualità Percepita, comunica di non aver ancora avuto i dati e di aver sollecitato il Dipartimento di Scienze Economiche e Statistiche dell'Università di Palermo della trasmissione delle risultanze dell'indagine sulla «Qualità Percepita» dell'ASP di Palermo, anno 2019.

Indagine sul benessere organizzativo

Non risulta che sia stata effettuata l'indagine sul benessere organizzativo nell'anno 2019.

Pari opportunità, stress lavoro correlato, discriminazione

Il 9 aprile 2020 il Comitato Unico di Garanzia ha trasmesso all'OIV la «Relazione dell'anno 2019» con cui rappresenta le attività svolte. Essa contiene un meticoloso report dello stato della pari di genere e informa sulle attività svolte negli ambiti della valutazione delle professionalità, sicurezza degli operatori e dei luoghi di lavoro, violenza di genere, formazione dei componenti del CUG. Altre iniziative assunte sono quelle di effettuare l'indagine sul benessere organizzativo e stress lavoro correlato, monitorare la sicurezza degli ambienti di lavoro, effettuare il bilancio di genere, monitorare eventuali azioni discriminatorie nei confronti del personale.

L'OIV rileva, sulla scorta del § 3.2 della Direttiva n. 2 del 26 giugno 2019, emanata dal Dipartimento della Funzione Pubblica, che il D. Lgs. 198/2006 stabilisce che le amministrazioni pubbliche entro il 31 gennaio di ogni anno devono predisporre il *Piano Triennale di Azioni Positive* tendente ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro. La medesima disposizione introduce, quale sanzione per il caso di mancata adozione del suddetto Piano triennale, il divieto all'Amministrazione di assumere nuovo personale, compreso quello alle categorie protette.

All'OIV non risulta che detto «Piano triennale di azioni positive» sia stato elaborato nel 2019, per cui l'Organo dovrà tenerne conto ai fini della valutazione della *performance* organizzativa complessiva dell'Amministrazione e della valutazione individuale del dirigente responsabile.

La predetta Circolare 2/2019 precisa che il CUG, nello svolgimento del suo lavoro, si raccorda anche con l'OIV e che le amministrazioni sono tenute a promuoverne la collaborazione.



Valutazione complessiva aziendale

L'OIV, dovendo svolgere un'opera di utilità a favore dell'Amministrazione e della struttura aziendale nel suo complesso, ha proceduto con il massimo scrupolo possibile per presentare le criticità, peraltro di non difficile soluzione, che il ciclo della *performance 2019* ha fatto emergere. Esse non sono difficilmente superabili con una visione unitaria delle diverse parti di cui il sistema «obiettivi» si compone: *performance*, prevenzione della corruzione e trasparenza, valutazione partecipativa dei cittadini nelle varie declinazioni, Comitato Unico di Garanzia. A ogni livello degli ambiti testé indicati, il puntuale rilevamento delle criticità è la fonte ispiratrice dei nuovi obiettivi e delle decisioni migliorative a sostegno di essi.

Sui processi sottostanti agli obiettivi. L'OIV raccomanda la reingegnerizzazione dei processi a sostegno degli obiettivi, specie dei *contrattuali*, che sono, peraltro, gli unici di oggettiva misurazione, e i cui risultati concorrono alla valutazione del Direttore Generale a fine mandato.

L'Organo raccomanda altresì di porre gli obiettivi definiti dall'Azienda su specifiche criticità che si vogliono correggere; di scegliere obiettivi rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività e tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni; di riferirli a un arco temporale determinato e commisurati a valori di riferimento derivanti da standard definiti o da benchmark con enti analoghe strutture; di riferirli ai risultati storici e correlarli alla quantità e qualità delle risorse disponibili: tutti punti previsti dall'art. 5, comma 2, lettere a-g) del D. Lgs. 74/2017.

Alle unità operative non assegnatarie di obiettivi e/0 di target di fonte regionale, gli stessi vanno definiti in base alle criticità rilevate nelle strutture destinatarie, in quello della prevenzione della corruzione e della trasparenza, nonché in quello delle azioni positive del CUG.

Dai positivi risultati degli obiettivi l'ASP-PA, la Regione Sicilia e i cittadini portatori d'interesse si attendono il superamento delle criticità esistenti. È legittimo che, sulla scorta dei risultati, il personale delle unità organizzative aziendali percepisca quanto meritato; tuttavia, gli obiettivi devono essere misurati anche negli impatti che producono sul territorio. Si è avuta a volte la percezione che essi non sempre travalichino l'unità operativa assegnataria e non producano un reale risultato aziendale.

Sulla differenziazione dei risultati. Il risultato complessivo medio aziendale del raggiungimento degli obiettivi è stato 98,3%. Nessuna unità organizzativa raggiunge un punteggio inferiore a 80%, mentre 81/117 strutture raggiungono il 100%. Il dato lascia percepire che il sistema della premiazione del merito sia appiattito e inefficace e, quindi, lo si tratta con indifferenza, giacché alla fine si sa che «nulla cambia», che a tutti giunge la stessa quantità di risorse in modo che nessuno si lamenti. Il sistema della premialità deve infondere fiducia e ottenere impatti positivi sui servizi dei cittadini, dell'Azienda e della comunità di cui siamo parte.

Sulle pari opportunità. L'OIV prende atto che il «Piano Triennale di Azioni Positive» ai fini dello sviluppo delle pari opportunità, della prevenzione dello stress lavoro correlato e delle discriminazioni – i cui obiettivi, peraltro devono essere integrati nel «Piano triennale della *performance*» – al 31 gennaio 2019 non è stato varato, né ciò è avvenuto successivamente nel corso dell'anno.

Sulla valutazione partecipativa dei cittadini

L'OIV, dovendo chiudere la relazione nei tempi prescritti dal D. Lgs. 74 del 2017, non può attendere che giungano i dati richiesti. La Relazione quindi risulta priva di una parte fondamentale e innovativa del processo di valutazione della *performance*. Sarà compito dell'OIV di prevedere le forme più opportune, perché l'informazione giunga ai legittimi destinatari.

Conclusione. L'OIV, insediatosi il 29 aprile del 2019, aveva già affrontato alcune delle predette tematiche, con i responsabili degli uffici, e di adottarle nel piano della *performance 2020-2022*: documento che potrà essere aggiornate con i contenuti del presente atto.

L'attuazione delle raccomandazioni di cui sopra, che rappresentano anche un giudizio complessivo sulle attività svolte dall'OIV, sarà verificata nelle procedure che l'OIV dovrà nel prosieguo affrontare.



B) LA VALUTAZIONE INDIVIDUALE

Premessa

La valutazione individuale dell'ASP-PA nel 2019 è stata condotta secondo le indicazioni del Sistema di Misurazione e Valutazione della *Performance* (SMVP) adottato nel 2011, modificato nel 2020 sulle indicazioni della linea guida n. 2/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Il ciclo della *performance 2019* è stato avviato, per i motivi precedentemente detti, nel giugno 2019. Compito dell'OIV è la verifica che l'intero processo sia svolto in modo conforme al SMVP del 2011 e che i risultati e i comportamenti attesi siano coerenti con gli obiettivi organizzativi.

La valutazione si è avvalsa delle schede di misurazione allegate al predetto SMVP del 2011. La documentazione in possesso dell'ASP-PA comprova che i direttori delle macrostrutture e delle UOC, valutatori di I livello, hanno assegnato gli obiettivi nei termini indicati e hanno proceduto alla verifica a tre mesi dalla consegna, nel settembre 2019, e che altresì hanno avuto luogo i colloqui di assegnazione, verifica in corso d'opera e di valutazione finale.

L'OIV, presidio metodologico del sistema della *performance* aziendale, della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Nella tabella successiva presentiamo il prospetto dei *range* della valutazione individuale.

Tabella 2: Distribuzione dei risultati per fasce percentuali della valutazione individuale

Fascia	Range	Unità di personale	Percentuali
1	100%	452	13,4%
2	99,9-95,0%	1.901	56,5%
3	94,9-90,0%	777	23,1%
4	89,9-80,0%	153	4,6%
5	<70,0%	41	1,2%
6	≤60%	40	1,2%
		Totale	Media Aziendale
		3.364	95,1

I dati di cui sopra rilevano soltanto i risultati valutati, mentre mancano quelli che per ragioni di assenza per cause varie, non hanno potuto essere valutati. La valutazione individuale è incompleta giacché sono da integrare quelle dei direttori delle macrostrutture e delle UOC afferenti ai dipartimenti, in quanto il SMVP 2011 prevede che la loro valutazione individuale sarà conseguente alle presenti valutazioni espresse dall'OIV.

Anche per la valutazione individuale si osserva la scarsa differenziazione dei risultati – il 93,0% ha ricevuto una valutazione superiore al 90%, sovrapponibile ai risultati della valutazione organizzativa –, che dovrebbe essere scongiurata dalla «capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi», come prescrive l'art. 9, comma 1, lettera d) del D. Lgs. 74/2017.

Nel 2020 la valutazione sarà in funzione del nuovo SMVP. L'OIV ricorda che, essendo presidio metodologico della valutazione della *performance organizzativa e individuale*, è suo compito l'essere coinvolto nelle procedure ad esse sottese.



5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

5.1. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il sistema di valutazione della performance è quello previsto dal D.Lgs 150/2009 innovato dal D.Lgs 74/2017, in cui si coniuga la performance organizzativa conseguita dalle strutture organizzative con quella individuale attribuita ai dirigenti e al personale del comparto.

La performance individuale è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nell'organizzazione, in altre parole, il contributo fornito dal singolo al conseguimento della performance complessiva dell'organizzazione.

L'aggiornamento della normativa e le circolari aziendali hanno consentito di attuare la diffusione della informazione a tutto il personale in particolare sulla correlazione tra risultati e riconoscimento economico. Ancora per l'anno 2019 si è fatto riferimento ad alcuni capisaldi del ciclo della performance, che trovano concretezza negli strumenti utilizzati, fermo restando la flessibilità dello strumento stesso:

1. Differenziazione del merito/Premialità
2. Corrispondenza tra performance e premio
3. Assegnazione di obiettivi a cascata
4. Adozione di criteri di valutazione distinti per i Direttori di macrostruttura.

Il criterio della differenziazione si mantiene attraverso la diversificazione di fasce di merito secondo il punteggio attribuito attraverso una scheda di valutazione individuale così come già applicato negli anni precedenti. Il sistema prevede due distinte fasce di merito, di cui una "media" cui accedono tutti coloro che partecipano al sistema premiante e una fascia "alta" cui afferiscono coloro che hanno un punteggio individuale elevato.

Il percorso valutativo delle performance individuali annuali si svolge con fasi e tempi comuni al Comparto e alle due aree dirigenziali. La Direzione aziendale, sulla base degli obiettivi ad essa assegnati dagli organismi regionali e della relativa pianificazione, procede alla definizione ed all'assegnazione degli obiettivi alle strutture aziendali. I Direttori delle strutture assegnatarie di obiettivi, coadiuvati dai dirigenti delle strutture afferenti, si impegnano a:

diffondere gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale;
coordinare l'assegnazione "a cascata" degli obiettivi individuali;
informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali;
sovrintendere al processo di valutazione, dall'assegnazione degli obiettivi sino al momento della valutazione finale.



Il governo del processo di valutazione da parte del Direttore della macrostruttura e della UOC, adeguatamente documentato, è sottoposto alla verifica da parte dell'OIV ai fini della proposta di valutazione individuale dei Direttori delle strutture assegnatarie di budget

La valutazione delle performance individuali annuali viene documentata attraverso la compilazione della scheda per la valutazione del Comparto e della Dirigenza.

Per quanto riguarda la scheda di valutazione dei Direttori di macrostruttura, così come previsto dalla normativa, i criteri di valutazione del top management riguardano aree più ampie rispetto alla performance della struttura stessa e comprendono anche gli aspetti comportamentali e gestionali, le competenze professionali e organizzative, nonché le specifiche competenze manageriali, ivi compresa la capacità di gestione del processo di valutazione. A tal proposito, la norma prevede all'art. 9 lett. d) del D. Lgs 74/2017, la *“capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi”*.

Oggetto della valutazione è, per il personale del comparto: a. il contributo al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali; b. la qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate e ai comportamenti professionali e organizzativi. Per il personale dirigenziale, la valutazione della performance individuale è collegata ai seguenti aspetti: 1. agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità; 2. al raggiungimento di specifici obiettivi individuali; 3. alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate.

Nell'ambito della valutazione dei comportamenti dei dirigenti/responsabili di unità organizzative, una specifica rilevanza viene attribuita alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata anche tramite una significativa differenziazione dei giudizi. La nuova versione della scheda di valutazione individuale annuale - anno 2019- pubblicata sul sito aziendale, prevede come indicato nell'art. 9 lett. a) del citato decreto, che la valutazione della performance individuale, sia collegata anche *“agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità ai quali è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva”*; pertanto, seconda del grado di responsabilità e al ruolo del valutato (Direttore/Dirigente/Comparto) , è diversamente distribuita la ripartizione dei pesi per le diverse aree oggetto di valutazione secondo il seguente schema:

Le dimensioni della *performance* individuale.

Risorsa umana	Ambiti della <i>performance</i> individuale	Peso
Direttore di macro-struttura (Dipartimento, Distretto sanitario, Distretto ospedaliero, UOC)	Risultati legati agli obiettivi annuali dell'unità organizzativa di diretta responsabilità	60
	Risultati relativi a obiettivi individuali assegnati al dirigente	25
	Contributo alle strategie aziendali attraverso le competenze manageriali	15
<i>tot</i>		100
Dirigente responsabile di UOS e Personale dirigente	Risultati legati agli obiettivi annuali dell'unità organizzativa di diretta responsabilità	55
	Contributo alla performance generale della struttura	15
	Risultati relativi a obiettivi individuali assegnati al dirigente	30
<i>tot</i>		100
Personale non dirigente	Risultati di obiettivi individuali e/o di gruppo	30
	Comportamenti	50
	Contributo alla performance dell'U.O.	20
<i>tot</i>		100

Secondo lo stesso criterio è diversa la soglia a cui si accede ad una valutazione positiva:

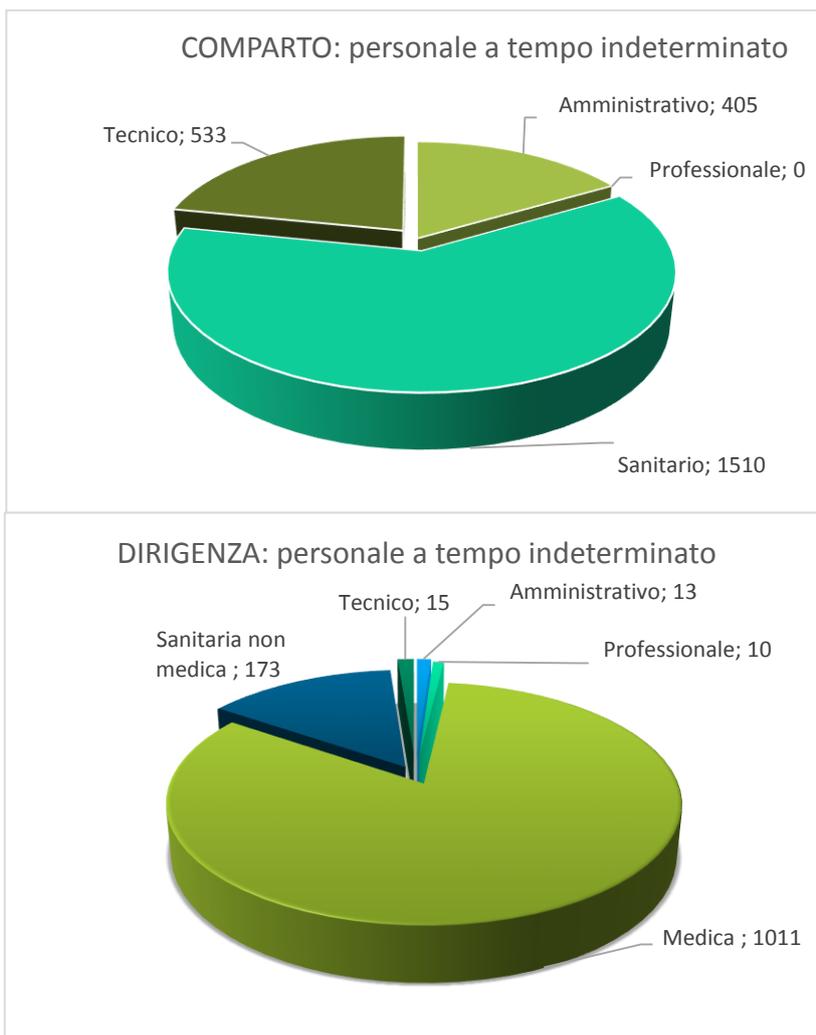
- Per i Direttori di macrostruttura valutazione positiva con un punteggio ≥ 46
- Per i Dirigenti di UOS e professional valutazione positiva con un punteggio ≥ 40
- Per il Personale del Comparto valutazione positiva con un punteggio ≥ 21 .

E' necessario evidenziare che l'Organismo Indipendente di Valutazione ha fornito nuovi elementi metodologici di cui l'U.O. Valutazione e Valorizzazione delle Risorse Umane ha preso atto e che, considerato l'anno 2019 un momento di transizione ai fini della modifica delle modalità operative, verranno definitivamente regolamentati e applicati a partire dal 2020 col nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, già approvato dallo stesso OIV.

Il personale dell'Azienda è così suddiviso:

PERSONALE DELLA DIRIGENZA E DEL COMPARTO al 01/01/2020				
RUOLO	Fascia	Area	N. tempo indeterminato	N. tempo determinato
Amministrativo	Comparto		405	569
	Dirigenza		13	1
Professionale	Comparto		0	1
	Dirigenza		10	3
Sanitario	Comparto		1510	154
	Dirigenza	Medica	1011	61
		Non medica	173	6
Tecnico	Comparto		533	19
	Dirigenza		15	0
Totale			3670	814
Comparto			2448	743
Dirigenza		Medica	1011	61
		SPTA	211	10
Totale			3670	814

Fonte: Dipartimento Risorse Umane





5.2. GLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE INDIVIDUALE

Gli obiettivi di performance individuale collegati alla performance organizzativa sono declinati dai responsabili sovraordinati essenzialmente a partire dalle attività e dai progetti definiti in sede di programmazione annuale.

Ciò consente di:

- assicurare la coerenza temporale fra le due valutazioni;
- assicurare che la performance individuale venga valutata sulla base di elementi sui quali il valutato ha effettivamente la possibilità di intervenire direttamente evitando, quindi, di collegare tale valutazione ad elementi al di fuori del controllo del valutato (es. impatto).

In termini operativi il percorso per definire la performance individuale, in modo coerente con la performance organizzativa, prevede che venga posta attenzione all'incrocio tra responsabilità/progetti affidati alla struttura e Responsabilità/compiti individuali.

Le schede per l'assegnazione degli obiettivi individuali sono riportate nell'allegato 3. La valutazione individuale, come descritto nel paragrafo precedente, oltre che su specifici obiettivi assegnati si basa anche su comportamenti generali e competenze professionali che nelle schede sono dettagliatamente riportati.

Le modalità per la declinazione degli obiettivi di performance individuale possono variare o anche essere compresenti in funzione delle situazioni concrete:

1. la riallocazione top-down, nel senso che la performance organizzativa attesa della macrostruttura viene riallocata "a cascata" nelle strutture dirigenziali, che a loro volta completeranno l'attribuzione a tutto il personale fino al livello individuale;
2. la selezione e suddivisione: a partire dalla performance organizzativa, la macrostruttura individua le performance a cui le strutture dirigenziali, sulla base delle responsabilità affidate, possono contribuire (ad esempio un progetto può essere scomposto in sotto-progetti a cui contribuiscono diverse strutture). Queste completeranno l'attribuzione a tutto il personale fino al livello individuale;
3. l'integrazione e negoziazione: gli obiettivi sovraordinati vengono reinterpretati, personalizzati sulle sfide specifiche e calati nelle strutture dirigenziali, che a loro volta completeranno l'attribuzione a tutto il personale fino al livello individuale.

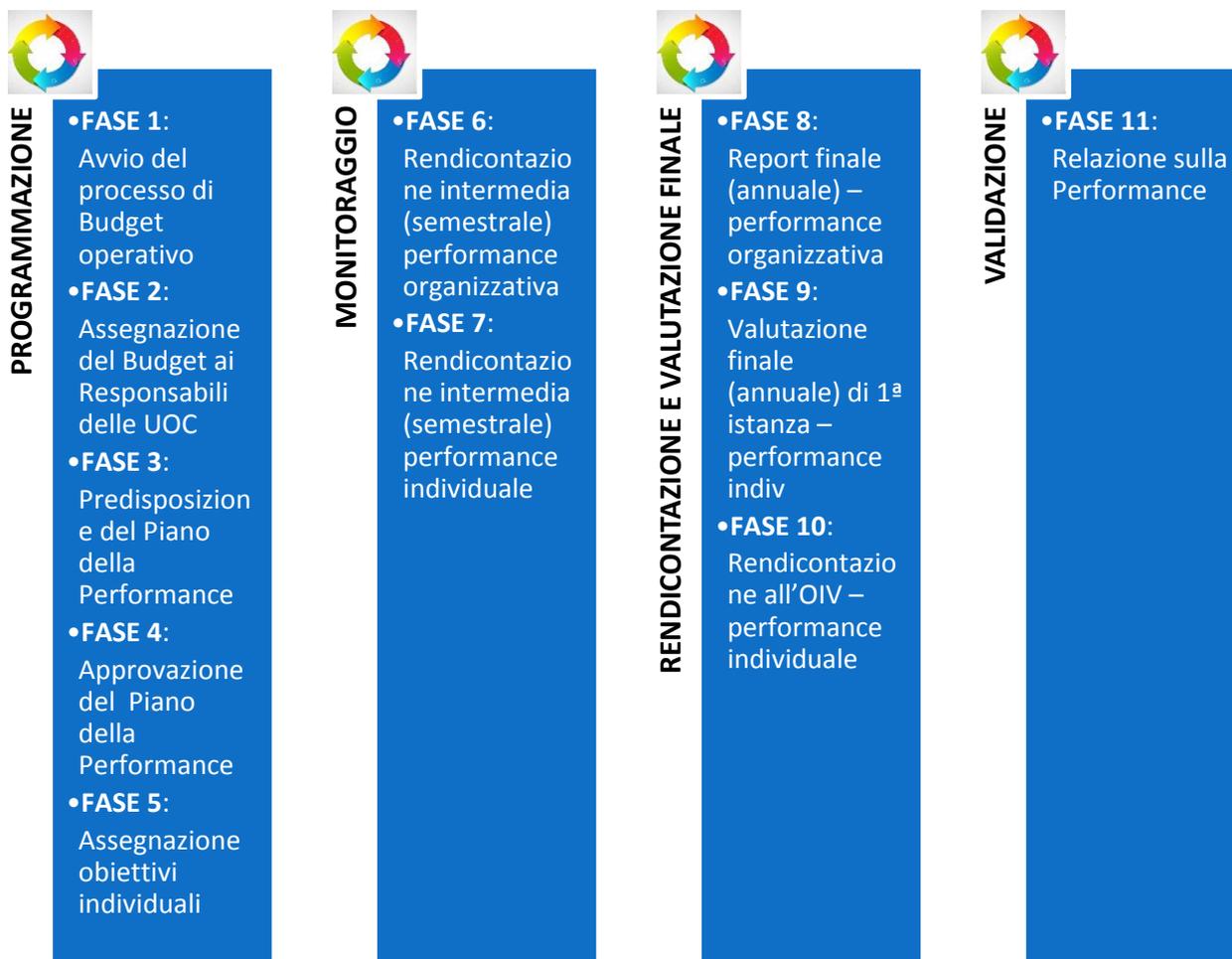
Nella presente Relazione, considerata la complessità dell'organizzazione aziendale, si riportano gli obiettivi individuali assegnati ai Direttori delle macrostrutture e ai Direttori di UOC (vedi allegato 3), con la precisazione che gli "specifici obiettivi di performance relativa all'ambito organizzativo di diretta



responsabilità” previsti nelle schede di valutazione individuale coincidono con gli obiettivi operativi per l’anno 2019 (vedi allegato 2).

6. PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

Nel 2019 il processo di misurazione e valutazione della performance (organizzativa ed individuale) si è svolto seguendo le fasi e modalità sotto descritte:



FASE 1: Avvio del processo di Budget operativo

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Regolamento Aziendale per la valutazione del Personale - Obiettivi strategici aziendali
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Nomina del Gruppo di lavoro Budget e avvio del processo di budget.
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Nota di nomina del Gruppo di lavoro Budget
SOGGETTI E RUOLI	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Strategica ⇨ nomina Gruppo di lavoro - Gruppo di lavoro ⇨ sovrintende al processo di budget
Rif.	<ul style="list-style-type: none"> - nota n.42550 del 25/09/2018 e nota n.689/CSS del 20/03/2019

FASE 2: Assegnazione del Budget ai Responsabili delle UOC

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi strategici aziendali: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria regionali; ✓ Piano Attuativo Aziendale ✓ Piano Triennale della Performance ✓ Relazione sulla Performance (anno precedente) ✓ Programma Regionale Valutazione Esiti ✓ Piano della Prevenzione ✓ Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione; ✓
AZIONI	<p>Il Gruppo di lavoro Budget:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avvia il Processo di Budget anche mediante eventuali incontri con i responsabili delle macrostrutture finalizzati ad individuare gli elementi principali per poter definire la proposta di budget per le macrostrutture e le UOC; - analizza le eventuali variazioni proposte dai responsabili delle macrostrutture ed elabora la scheda di budget finale; <p>La Direzione Strategica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consegna le schede di budget (della macrostruttura e delle UOC) ai responsabili di macrostruttura che firmano per accettazione, fermo restando eventuali richieste di modifica; <p>Il responsabile della Macrostruttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - firma per accettazione la scheda di budget della Macrostruttura e delle UOC afferenti; - incontra i responsabili di UOC per discutere la proposta di budget per singola unità operativa afferente alla Macrostruttura; - inoltra eventuali osservazioni al GdLB per la validazione entro il termine assegnato; - segue il percorso valutativo definito nel Regolamento per la valutazione del personale e il monitoraggio degli obiettivi.
OUTPUT	Schede di budget delle Macrostrutture e delle UOC

SOGGETTI E RUOLI	<ul style="list-style-type: none"> - GdLB: <ul style="list-style-type: none"> ✓ avvia e sovrintende il processo di budget; ✓ svolge funzioni di supporto tecnico/consultivo ai Responsabili delle Macrostrutture in relazione alle schede di budget; - Responsabili delle Macrostrutture: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ricevono le schede di budget della Macrostruttura e delle UOC afferenti alla stessa e propongono eventuali variazioni; ✓ diffondono gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale ✓ seguono il percorso valutativo definito nel Regolamento per la valutazione del personale e il monitoraggio degli obiettivi - Direzione Strategica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ viene informata dal GdLB sullo stato di avanzamento del processo di budget ✓ approva e consegna le schede di budget (alle Macrostrutture e alle UOC)
Rif.	- Nota n.1402 del 20/06/2019

FASE 3: Predisposizione del Piano della Performance

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Linee guida per il Piano della performance – DFP (giugno 2017) - Schede di budget delle Macrostrutture e delle UOC
AZIONI	- UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS riceve le Schede di Budget dal GdLB, per la predisposizione del Piano della Performance e trasmette la proposta di delibera alla Direzione Generale
OUTPUT	- Piano della Performance
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - GdLB - UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS - Direzione Generale
Rif.	- Proposta di delibera n.1 del 22/01/2019 e Proposta di delibera n.5 del 04/10/2019

FASE 4: Approvazione del Piano della Performance

INPUT	- Proposta di delibera del Piano della Performance
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Il Direttore Generale visto il Piano della Performance lo approva con la adozione della relativa deliberazione. - L'UOS Comunicazione e Informazione pubblica sul sito aziendale il piano della Performance - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS comunica l'adozione del Piano della Performance all'OIV.
OUTPUT	- Delibera di approvazione e adozione del Piano della Performance
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Generale - UOS Comunicazione e Informazione - Programmazione Controllo di Gestione - SIS
Rif.	- delibera n.71 del 28-01-2019 e delibera n.531 del 10/10/2019

FASE 5: Assegnazione obiettivi individuali

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Piano della Performance - Schede obiettivi di budget
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Il Direttore Generale , con la consegna delle schede di budget, dà indicazioni ai Direttori delle macrostrutture e delle UOC di effettuare l'assegnazione "a cascata" degli obiettivi individuali a tutto il personale dirigente e del comparto con le apposite schede; - L'UOS Valutazione e valorizzazione delle risorse umane predispone i modelli delle schede di valutazione individuale e le pubblica sul sito aziendale e supporta i Direttori delle strutture assegnatarie di budget nel processo; - I Direttori delle strutture assegnatarie di obiettivi di budget, coadiuvati dai dirigenti delle strutture afferenti, si impegnano a: <ul style="list-style-type: none"> ✓ diffondere gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale; ✓ coordinare l'assegnazione "a cascata" degli obiettivi individuali; ✓ informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali; ✓ sovrintendere al processo di valutazione, dall'assegnazione degli obiettivi al momento della valutazione finale.
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Schede di valutazione individuali
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Generale - UOS Valutazione e valorizzazione delle risorse umane - Direttori delle strutture assegnatarie di obiettivi di budget - Tutto il personale dirigente e del comparto
Rif.	<ul style="list-style-type: none"> - Nota n.1402 del 20/06/2019

FASE 6: Rendicontazione intermedia (semestrale) performance organizzativa

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Piano della Performance oggetto del monitoraggio contenente la lista dei controlli/obiettivi definiti in sede d approvazione del documento; - Dati acquisiti dal data warehouse di controllo direzionale; - Relazioni e report acquisiti dalle macrostrutture e UOC (semestrali);
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS: <ul style="list-style-type: none"> ✓ acquisisce i dati dal data warehouse di controllo direzionale e le relazioni di attività dalle strutture assegnatarie di Budget (debito informativo); ✓ mette a disposizione della Direzione Aziendale e dell'OIV le rendicontazioni;
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Rendicontazioni semestrali
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabili delle Macrostruttura - UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS - Direzione Strategica - OIV
Rif.	<ul style="list-style-type: none"> - Nota n.1921/CSS del 10/09/2019

FASE 7: Rendicontazione intermedia (semestrale) performance individuale

INPUT	- Schede di valutazione individuali
AZIONI	- I dirigenti valutatori: ✓ monitorano l'andamento della performance attraverso valutazioni intermedie, colloqui e riunioni di verifica, adeguatamente documentate;
OUTPUT	- colloqui e riunioni di verifica
SOGGETTI	- Dirigenti valutatori (secondo il Regolamento Aziendale per la valutazione del Personale) - Tutto il personale dirigente e del comparto
Rif.	- Nota n.1921/CSS del 10/09/2019

FASE 8: Report finale (annuale) – performance organizzativa.

INPUT	- Piano della Performance oggetto del monitoraggio contenente la lista dei controlli/obiettivi definiti in sede di approvazione del documento; - Dati acquisiti dal data warehouse di controllo direzionale; - Relazioni e report acquisiti dalle macrostrutture e UOC (annuali);
AZIONI	- L'UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS: ✓ acquisisce i dati dal data warehouse di controllo direzionale e le relazioni di attività dalle strutture assegnatarie di Budget (debito informativo); ✓ elabora il report per la verifica finale e attribuisce il punteggio provvisorio di performance organizzativa sul grado di raggiungimento degli obiettivi.
OUTPUT	- Report finale (annuale)
SOGGETTI	- UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS - Responsabili delle Macrostrutture e UOC
Rif.	- Nota n.96 del 14/01/2020

FASE 9: Valutazione finale (annuale) di 1ª istanza – performance individuale.

INPUT	- Schede di valutazione individuali; - Relazioni e report prodotti dalle macrostrutture e UOC (annuali);
AZIONI	- Il dirigente valutatore: ✓ a conclusione del periodo oggetto di valutazione ed esaminata la documentazione a corredo, effettua il colloquio individuale di valutazione finale con il valutato, al termine del quale attribuisce il punteggio; - il dipendente valutato : ✓ ha l'obbligo di firmare la scheda di valutazione attestante l'avvenuto colloquio finale e per presa visione della scheda di valutazione;
OUTPUT	- Schede di valutazione individuali annuali con punteggio attribuito
SOGGETTI	- Dirigenti valutatori (secondo il Regolamento Aziendale per la valutazione del Personale) - Tutto il personale dirigente e del comparto
Rif.	- Nota n.96 del 14/01/2020 e nota n.4970 del 31/01/2020

FASE 10: Rendicontazione all'OIV – performance individuale.

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Schede di valutazione individuali annuali con punteggio attribuito; - Elenchi dei valutati con i relativi punteggi;
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Il Direttore della macrostruttura: <ul style="list-style-type: none"> ✓ predisporre gli elenchi dei valutati con i relativi punteggi e li trasmette alla U.O. Valutazione e valorizzazione delle risorse umane allegando, per i dipendenti del comparto copia del frontespizio della scheda, per i titolari di posizioni organizzative e per tutti i dirigenti, copia della scheda completa e della relazione individuale; ✓ evidenzia nella comunicazione alla U.O. Valutazione e valorizzazione risorse umane la eventuale presenza di richieste di revisione delle valutazioni; - L'UOS Valutazione e valorizzazione delle risorse umane: <ul style="list-style-type: none"> ✓ effettuato il controllo formale delle valutazioni individuali di prima istanza, sottopone all'O.I.V. , per il tramite della Struttura Tecnica Permanente, gli elenchi e le valutazioni individuali di prima istanza. - L'OIV: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica la regolarità del processo di valutazione individuale. - L'UOS Valutazione e valorizzazione delle risorse umane: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conclude le valutazioni individuali e la verifica di regolarità dell'OIV, trasmette al Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari generali gli elenchi delle valutazioni individuali per la corresponsione del sistema premiante.
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Elenchi dei valutati con i relativi punteggi
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Direttori di macrostruttura - UOS valutazione e valorizzazione risorse umane - OIV

FASE 11: Relazione sulla Performance

INPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Linee guida per la Relazione annuale sulla performance – DFP (novembre 2018) - Report finale (annuale)
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione elabora la Relazione sulla Performance e trasmette la proposta di adozione alla Direzione Generale; - Il Direttore Generale adotta la Relazione sulla Performance con deliberazione; - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS comunica l'adozione della Relazione sulla Performance all'OIV e alla UOS Comunicazione e Informazione; - L'UOS Comunicazione e Informazione pubblica sul sito aziendale la Relazione sulla Performance; - L'OIV: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Redige il documento di validazione della Relazione sulla Performance, e tramite la Struttura Tecnica Permanente, provvede alla pubblicazione sul sito web aziendale; ✓ a conclusione dell'iter di competenza, comunica alla Direzione Generale il documento di validazione e procede alle eventuali comunicazioni di cui all'art.14, comma 4, lettera b) del d.lgs.150/09; - L'UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS notifica la delibera di adozione della Relazione sulla Performance e il documento di validazione redatto dall'OIV al Dipartimento Risorse Umane per la erogazione dei premi, ove dovuti.
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> - Delibera di approvazione e adozione della Relazione sulla Performance
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS - Direzione Generale - UOS Comunicazione e Informazione - OIV - Dipartimento Risorse Umane



ALLEGATO 1

DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA

STRALCIO PIANO AZIENDALE DELLA PREVENZIONE ANNO 2016

adottato con delibera n.489 del 30/06/2016



DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA

1 Informazioni demografiche

Informazioni Demografiche	Provincia di Palermo			Sicilia		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione residente al 1 Gennaio 2011	601178	648399	1249577	2441599	2609476	5051075
Popolazione residente per fasce di età:						
0-14	101004	96179	197183	393438	372494	765932
15-64	405150	423671	828821	1646937	1701995	3348932
65-74	51345	60415	111760	213649	249125	462774
75+	43679	68134	111813	187575	285862	473437
Popolazione straniera residente al 1 Gennaio 2011						
Numero	13125	15371	28496	68147	73757	141904
% popolazione residente	2,2	2,4	2,3	2,8	2,8	2,8
			Provincia di Palermo			Sicilia
Tasso di natalità			10,2			9,5
Tasso di mortalità			9,2			9,5
Speranza di vita maschi			78,3			78,4
Speranza di vita femmine			83,0			83,0
Indice di dipendenza			52,4			52,5
Indice di dipendenza anziani			28,6			29,6
Indice di invecchiamento			113,4			122,2
Territorio						
Montagna			42,3%			
Collina			51,4%			
Pianura			6,3%			
Numero comuni			82			
Superficie in Km ²			4992			
Densità ab. per Km ²			250,3			

Fonte dati:

<http://demo.istat.it/>

Regione Siciliana - Annuario Statistico regionale: Sicilia 2011

HFA (aggiornamento dicembre 2010)

1.1 Profilo demografico - La Provincia Regionale di Palermo è una provincia della Sicilia di 1.249.577 abitanti. Si estende su una superficie di 4.992 km² e comprende 82 comuni. Confina ad ovest con la provincia di Trapani, a sud con la provincia di Agrigento e la provincia di Caltanissetta, ad est con la provincia di Messina e la provincia di Enna. La provincia di Palermo è la più popolata della Sicilia, e la sua densità demografica risulta superiore alla media nazionale e regionale.

Nel 2011 nella provincia di Palermo si registra una natalità più alta rispetto alla regione (10,2), mentre l'indice di dipendenza degli anziani nello stesso periodo evidenzia un valore più basso (28,6) rispetto al valore siciliano. Nella popolazione della provincia di Palermo il processo di invecchiamento risulta in diminuzione registrando un valore più basso nel periodo considerato (113,4) rispetto al dato regionale.

1.2 Il territorio - Il territorio provinciale occupa una porzione notevole del settore nord-occidentale della Sicilia: il territorio palermitano infatti, si spinge fino a Pollina, ultimo comune costiero prima del confine con la provincia di Messina. Fa parte del territorio provinciale anche l'isola di Ustica,

che, al contrario delle altre isole minori che attorniano la Sicilia, non appartiene ad alcun arcipelago. Inoltre, sono di competenza dell'ASP di Palermo anche le isole di Lampedusa e Linosa. La divisione altimetrica vede prevalere il territorio collinare e quello montuoso. Come in tutte le province siciliane, ad eccezione di quella ennese, nel Palermitano vi sono laghi di origine esclusivamente artificiale, perlopiù dighe di varie dimensioni situate nel retroterra collinare della provincia. Il bacino di maggior rilievo è il Lago di Piana degli Albanesi. Pochi sono inoltre i fiumi, a carattere prettamente torrentizio. Il clima della Provincia di Palermo è caratterizzato da temperature miti, da precipitazioni concentrate soprattutto nel semestre invernale con inverni generalmente brevi e freschi ed estati lunghe e torride.

1.3 L'economia - L'agricoltura è fortemente sviluppata: la provincia è infatti una delle maggiori produttrici di limoni in Europa. Grande successo ha riscosso la produzione di cotone, settore in cui l'isola intera primeggia a livello nazionale. Non ultima la viticoltura, principalmente sviluppata nelle colline dell'interno. Attività decisamente marginale è, al contrario, l'allevamento, mentre ricopre un ruolo di rilievo la pesca. L'industria si incentra su alcuni poli industriali di rilievo: tra questi, i cantieri navali di Palermo, tra i più importanti del Paese a fianco di quelli di Genova. Termini Imerese è un polo industriale di notevole importanza, poiché vi sono impianti a forte impatto occupazionale. Sempre a Termini Imerese, sorge una delle maggiori centrali termoelettriche del Paese. La produzione di energia è completata da impianti di energia alternativa, quali il campo fotovoltaico di Ciminna e alcuni impianti per la produzione di energia eolica che si trovano nelle colline dell'interno. Nel campo del commercio, la rete di distribuzione è accentrata nel capoluogo e nei grossi comuni dell'hinterland. Sono presenti in provincia centri commerciali di ampie dimensioni, nonché le succursali di quasi tutte le grandi catene commerciali internazionali. Il settore dei servizi è rilevante, giacché Palermo è sede di uffici regionali, provinciali e comunali

Rango	UOMINI					Donne						
	Grandi Categorie ICD IX - Uomini	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	Anni di vita persi a 75 anni	Grandi Categorie ICD IX - Donne	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	Anni di vita persi a 75 anni
1	MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	2026	36,5	336,8	239,7	51508,5	MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	2451	43,4	378,5	169,4	24014,5
2	TUMORI MALIGNI	1668	30,1	277,3	210,1	78193	TUMORI MALIGNI	1235	21,9	190,8	120,4	65053,5
3	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	408	7,4	67,9	46,9	7826,5	MALATTIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	358	6,3	55,3	27,7	7701
4	MALATTIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	274	4,9	45,6	33,0	10389,5	STATI MORBOSI MALDEFINITI	290	5,1	44,8	19,4	3709
5	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	238	4,3	39,6	30,6	13317,5	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	275	4,9	42,4	19,6	3942
6	CAUSE ACCIDENTALI	201	3,6	33,4	28,4	31360	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	225	4,0	34,7	18,5	5792,5
7	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	172	3,1	28,5	20,4	7429,5	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	209	3,7	32,3	16,1	5141
8	STATI MORBOSI MALDEFINITI	172	3,1	28,5	21,6	9684,5	DISTURBI PSICHICI	160	2,8	24,7	10,5	1385
9	MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	117	2,1	19,5	13,7	2457,5	CAUSE ACCIDENTALI	143	2,5	22,1	11,7	6612,5
10	DISTURBI PSICHICI	101	1,8	16,8	11,7	2107,5	MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	127	2,2	19,7	9,3	1835
11	TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI	42	0,8	7,0	5,4	2402,0	TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI	41	0,7	6,3	4,0	2592,5
12	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	36	0,6	5,9	7,8	17857	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	30	0,5	4,7	6,7	14795
13	MALATTIE INFETTIVE	28	0,5	4,6	3,7	2002,5	MALATTIE INFETTIVE	28	0,5	4,2	2,6	1302
14	MALATTIE DEL SANGUE E ORGANISMO POIETICI	15	0,3	2,6	1,8	540	MALATTIE OSTROMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	26	0,5	3,9	2,2	905
15	MALATTIE OSTROMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	11	0,2	1,8	1,3	365	MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMPOIETICI	19	0,3	3,0	1,6	789,5
16	MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO	3	0,1	0,4	0,3	140	MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO	3	0,1	0,4	0,3	92,5
17	COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	0	0	0	0	0	COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	1	0,0	0,1	0,1	222,5
	TUTTE LE CAUSE	5545	100	922,0	681,2	242998	TUTTE LE CAUSE	5648	100	872,2	442,3	147152,5

2.1 Mortalità per grandi gruppi di cause

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM. Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2012

Le prime due cause in assoluto in entrambi i sessi (seppur a ranghi invertiti), si confermano le malattie cerebrovascolari e le malattie ischemiche del cuore. Oltre alle cause circolatorie, nelle donne tra le prime cause emergono il diabete e il tumore della mammella, mentre negli uomini si aggiungono i tumori dell'apparato respiratorio, il diabete e le broncopatie.

Mortalità infantile	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Riduzione % (1995-2010)
Tasso mortalità infantile (/1000 nati vivi)													
ASP 6 Palermo	7,2	5,9	5,7	5,6	4,9	4,6	5,3	3,5	3,4	4,6	3,2	3,9	45%
Sicilia	8,3	6,0	6,3	6,6	5,1	5,2	5,6	4,5	4,9	5,1	5,0	4,8	43%
Italia	6,1	4,3	4,4	4,1	3,7	3,7	3,8	3,7	3,5	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

2.2 Mortalità infantile

Fonte: Base dati HFA (anni 1995-2003) ed elaborazione DASOE su base dati ReNCaM (anni 2004-2010)

Negli anni 2000-2010 non si osservano sostanziali differenze nell'andamento della mortalità infantile nella provincia di Palermo, tuttavia un certo decremento si osserva nell'ultimo biennio considerato. Tale andamento, tuttavia, si mantiene tendenzialmente più basso (3,9% nel 2010) rispetto al tasso di mortalità infantile della regione per tutto il periodo considerato.

2.3 Mortalità prematura

Rango	Sottocategorie ICD IX - Uomini	Anni di vita persi a 75 anni	Sottocategorie ICD IX - Donne	Anni di vita persi a 75 anni
1	T. M. Trachea, bronchi, polmoni	23145	T. M. Mammella	14130
2	Malattie ischemiche del cuore	20517,5	T. M. Trachea, bronchi, polmoni	7737,5
3	Infarto Miocardico Acuto	14230	Malattie cerebrovascolari	7262
4	Cirrosi epatica	9922,5	Malattie ischemiche del cuore	6565
5	Malattie cerebrovascolari	9664,5	T. M. Colon Retto	6265
6	Aritmie Cardiache	9196,5	Diabete mellito	4890
7	T. M. del Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	6947,5	T. M. Sistema Nervoso Centrale	4620
8	T. M. Colon Retto	6930	T. M. Ovaio	4315
9	Diabete mellito	6687,5	T. M. del Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	4172,5
10	T. M. Sistema Nervoso Centrale	5475,5	Infarto Miocardico Acuto	4060
	Tutte le cause	242998	Tutte le cause	147152,5

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM. Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2012

L'analisi per gli anni di vita perduti con le morti premature rispetto all'età considerata (75 anni) costituisce una misura chiave del peso sociale ed economico per la comunità delle varie cause di morte.

Negli uomini tra le prime cause si evidenziano i tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni (prima causa), le malattie circolatorie e la cirrosi (quarta causa). Nel sesso femminile, si conferma l'alto impatto in termini di mortalità prematura del tumore della mammella, che sotto tale profilo anche a Palermo costituisce la prima causa per anni di vita perduti, come nel resto della Sicilia. L'analisi per sottocategorie evidenzia inoltre tra le prime cause, oltre ai tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni (seconda causa), le malattie circolatorie.

Indicatori carico di malattia	Sicilia		ASP 6 Palermo		Distretto di Bagheria		Distretto di Carini		Distretto di Cefalù		Distretto di Corleone		Distretto di Lercara Friddi		Distretto di Misilmeri		Distretto di Palermo metropolitana		Distretto di Partinico		Distretto di Petralia Sottana		Distretto di Termini Imerese		Distretto di Lampedusa e Linosa		
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
Mortalità per Grandi Cause																											
Numero medio annuale di decessi	23341	23342	5545	5648	369	349	275	242	249	250	156	152	191	199	256	235	3203	3378	335	331	182	190	307	306	22	18	
Tasso Standardizzato x 100.000	675,4	439,5	681,2	442,3	697,7	460,2	632,5	405,9	596,1	377,0	590,9	382,8	618,1	444,7	620,8	427,3	722,6	454,4	641,8	454,1	579,3	390,4	616,7	440,7	657,4	430,8	
Mortalità per Malattie del sistema circolatorio																											
Numero medio annuale di decessi	9009	10949	2026	2451	142	169	94	103	102	120	68	72	81	93	101	118	1098	1387	129	151	80	94	123	138	8	7	
Tasso Standardizzato x 100.000	248,6	180,8	229,7	169,4	263,5	206,3	214,1	159,3	225,3	153,9	222,6	159,0	242,2	183,2	230,5	186,0	242,3	165,1	234,8	182,0	230,3	171,5	234,8	173,7	220,9	160,0	
Mortalità per Diabete																											
Numero medio annuale di decessi	1034	1415	251	332	16	20	11	15	7	12	9	13	8	12	12	17	151	190	15	22	8	15	13	16	1	2	
Tasso Standardizzato x 100.000	28,5	25,1	29,5	24,9	28,9	25,8	25,2	24,2	16,4	18,0	30,3	28,5	25,9	27,7	27,1	30,0	32,8	24,7	27,2	27,4	25,1	29,1	25,6	19,1	28,7	48,9	
Mortalità per BPCO																											
Numero medio annuale di decessi	1019	468	239	123	16	6	14	6	10	4	7	5	9	3	12	4	130	76	18	8	7	3	17	8	0	0	
Tasso Standardizzato x 100.000	26,7	7,9	26,9	8,7	30,4	7,3	29,7	8,6	20,5	5,8	21,1	11,1	25,8	5,6	24,7	6,8	27,5	9,4	28,9	10,1	15,8	5,1	29,6	9,5	9,0	2,7	

2.4 Mortalità generale per Azienda e per Distretti

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM. Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2012

La mortalità generale mostra tassi lievemente superiori alla media regionale, mentre dal confronto con la Regione per principali sottocategorie diagnostiche (diabete tra gli uomini e BPCO in entrambi i sessi), si rilevano tassi di mortalità più elevati con differenze tuttavia non sempre significative. Negli undici distretti della provincia di Palermo, nel periodo 2004-2011, emergono alcuni eccessi di mortalità statisticamente significativi per alcune patologie croniche, alcuni dei quali rilevabili anche a carico dell'intera provincia. In particolare:

- o nel distretto di Bagheria rispetto al dato regionale, si registrano tassi di mortalità più elevati in entrambi i generi per tutte le cause per malattie circolatorie e per diabete, mentre tra i soli uomini si rileva un tasso di mortalità per BPCO superiore alla media regionale;
- o nel distretto di Carini emergono eccessi significativi in entrambi i sessi per quanto riguarda le broncopatie;
- o nel distretto di Cefalù non emergono eccessi significativi in entrambi i sessi rispetto al riferimento regionale;
- o nel distretto di Corleone si registrano tassi di mortalità più elevati per diabete in entrambi i generi, mentre nelle donne questi si limitano alle broncopatie.

Indicatori Mortalità oncologica	Sicilia		ASP 6 Palermo		Distretto di Bagheria		Distretto di Carini		Distretto di Cefalù		Distretto di Corleone		Distretto di Lercara Friddi		Distretto di Misilmeri		Distretto di Palermo metropolitana		Distretto di Partinico		Distretto di Petralia Sottana		Distretto di Termini Imerese		Distretto di Lampedusa e Linosa		
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
Mortalità per Tumori																											
Numero medio annuale di decessi	8822	4939	1088	1235	110	73	92	59	65	47	38	30	48	40	71	40	1002	764	99	71	48	31	86	73	9	5	
Tasso Standardizzato x 100.000	202,8	116,0	210,1	120,4	207,2	111,3	212,2	111,4	167,7	94,6	160,7	98,3	168,2	116,4	180,3	107,2	228,0	126,8	196,4	117,9	163,3	87,7	180,1	131,0	252,1	139,9	

2.5 Oncologia

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM. Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2012

Il confronto dell'andamento dei tassi standardizzati della provincia di Palermo in entrambi i generi mostra livelli di mortalità più alti (uomini 210,1; donne 120,4) rispetto al valore regionale nel complesso delle cause tumorali.

Riguardo alla distribuzione della mortalità nella provincia, in quasi tutti i distretti non sono stati registrati eccessivi tassi di mortalità per cause tumorali ed il profilo della mortalità per tali patologie sembra riprodurre quello provinciale con lievi incrementi di mortalità in entrambi i generi nei distretti



di Palermo metropolitana (uomini 228,0; donne 126,8) e di Lampedusa e Linosa (uomini 252,1; donne 139,9).

Tra i soli uomini si osservano alcuni incrementi rispetto al riferimento regionale nei distretti di Bagheria (207,2) e Carini (211,2) mentre tra le donne si registrano alcuni aumenti nei distretti di Lercara Friddi (116,4), Partinico(117,9) e Termini Imerese (131,0).

Stima dei nuovi casi incidenti e dei casi prevalenti Età 0-84	Sicilia		ASP 6 Palermo	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
<i>Casi Incidenti</i>	8987	7004	2222	1731
<i>Casi Prevalenti</i>	41141	49564	10170	12253

Incidenza e prevalenza

Fonte : Elaborazione su Stime MIAMOD



ALLEGATO 2

**LE SCHEDE DI PERFORMANCE
ORGANIZZATIVA PER STRUTTURA
CON I RISULTATI**

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Coordinamento staff strategico								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Supporto per la realizzazione della progettazione aziendale (U.O. Progettazione)	3.1	Supporto ai Responsabili di progetto per la realizzazione della progettazione aziendale	20	SI	SI (allegare relazione)	SI	20
4	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) (U.O. Qualità/Rischio clinico)	4.1	Realizzazione degli interventi 2.1.A, 2.1.B, 2.1.C, 2.1.E, 2.2.B	20		SI (allegare relazione)	SI	20
5	Elaborazione di Piano formativo aziendale ECM (U.O. Formazione)	5.1	N. corsi formativi ECM realizzati / N. corsi formativi ECM indicati nel Piano formativo ECM	10	6/8 75%	>=50%	7/8 87,5%	10
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) (U.O. Formazione)	6.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		SI (allegare relazione)	SI	10
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) (U.O. Comunicazione e informazione)	7.1	Pubblicazione sul sito aziendale del monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali trasmesso dalla UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie	5		SI (allegare relazione)	SI	5
8	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti) (U.O. Comunicazione e informazione)	8.1	Realizzazione degli interventi 2.2.A, 2.2.B	5		SI (allegare relazione)	SI	5
9	Applicazione delle procedure interne per la valutazione individuale del personale dipendente (U.O. Valutazione e Valorizzazione Risorse Umane)	9.1	N. valutazioni individuali che seguono le procedure interne / N. valutazioni individuali pervenute	15	9.406/9.406 100%	>=90%	6.751 / 6.751 100%	15
10	Relazione sulle attività degli uffici della Direzione Aziendale	10.1	Relazione sulle attività degli uffici della Direzione Aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Piano della performance	3.1	Proposta di delibera per l'adozione del "Piano sulla performance" anno 2019	30	SI	SI (allegare documentazione)	SI	30
4	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	4.1	Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale ed audit (PIA 2019)	15		SI (allegare documentazione)	SI	15
			Presentazione della relazione di valutazione del livello di rischio correlata al PIA 2019	5		SI (allegare documentazione)	SI	5
5	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 2)	5.1	Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio degli indicatori sub-obiettivi 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 con rilascio credenziali a Dir. Med. PO, Osp. Pub., Osp. Priv	5		SI (allegare relazione)	SI	5
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/05/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		SI (allegare relazione)	SI	5
			6.2	Predisposizione cruscotto informatico su applicativo DEDALUS per il monitoraggio dell'indicatore di efficienza operativa, con rilascio credenziali a Dir. Med. PO e ai PS	5		SI (allegare relazione)	SI
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Monitoraggio applicazione DA 30/05/2008, concernente approvazione della direttiva "Flussi informativi", e s.m.i.	10	SI	SI (allegare report)	SI	10
			7.2	Analisi criticità inerenti i flussi informativi e adozione azioni di miglioramento	15	SI	SI (allegare relazione)	SI
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Legale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Monitoraggio delle attività di gestione del contenzioso	3.1	Produzione di report direzionale dell'andamento del contenzioso, con specifica descrizione delle cause contenzioso e tipologie, valore delle singole cause e stima del grado di soccombenza.	5	SI	SI (allegare report)	SI	5
		3.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	SI	SI (allegare documentazione)	SI	5
		3.3	N. procedure attivate per recupero crediti / N. richieste pervenute per recupero crediti, secondo le procedure definite	5	38/38 100%	100%	36/36 100%	5
		3.4	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	SI	SI (allegare report)	SI	5
		3.5	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai Legali con adozione delle relative determinine entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	SI	SI (allegare documentazione)	SI	5
4	Monitoraggio delle attività relative al contenzioso del lavoro	4.1	Produzione di report direzionale dell'andamento del contenzioso del lavoro, con specifica descrizione delle cause, del valore delle singole cause, della stima del grado di soccombenza.	5	SI	SI (allegare report)	SI	5
		4.2	Trasmissione del report al fine dell'accantonamento al fondo rischi entro il mese successivo al trimestre di riferimento.	5	SI	SI (allegare documentazione)	SI	5
		4.3	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costi/benefici conseguibile rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	SI	SI (allegare documentazione)	SI	5
		4.4	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai legali con adozione delle relative determinine entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	SI	SI (allegare documentazione)	SI	5
5	Monitoraggio delle attività relative alla gestione sinistri del personale	5.1	Gestione assicurativa polizze RCT/O - Infortuni - Kasko: N. pratiche assicurative aperte relative a sinistri/N. totale comunicazioni di sinistri pervenuti	10	234/234 100%	> 80%	174/174 100%	10
		5.2	Gestione liquidazione franchigia: N. totale liquidazioni effettuate in franchigia / N. di sinistri da liquidare in franchigia	5	8/8 100%	> 80%	12/12 100%	5
		5.3	Procedure denunce sinistri: N. Polizza gestite/N. procedure avviate	5	3/3 100%	> 80%	3/3 100%	5
6	Monitoraggio delle attività relative alle sanzioni	6.3	Produzione di report direzionale delle attività relative alle sanzioni	10	SI	SI (allegare report)	SI	10
7	Regolamentazione tariffe per compensi legali	7.1	Redazione del regolamento sulle tariffe da applicare agli avvocati esterni	5	SI	SI (allegare regolamento)	SI	5
8	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	8.1	Realizzazione dell'intervento 2.1.E - Adempimenti Legge 24/2017: Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	10		SI (allegare relazione)	SI	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Psicologia								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto degli obblighi ex D.L. 81/08 per la gestione dello Stress Lavoro Correlato – misure correttive	3.1	N. interventi di gruppo in ambito aziendale finalizzati alla gestione dello Stress Lavoro Correlato	15		Rilevazione (allegare report)	25	15
4	Organizzazione eventi formativi destinati agli Psicologi dell'ASP	4.1	N. eventi formativi organizzati e effettuati dalla UOC Psicologia	15	4	>=1 (allegare report)	4	15
5	Potenziamento e supporto ai percorsi integrati su target prioritari per gli aspetti psicologici	5.1	N. Interventi di gruppo "informativi/formativi/di educazione terapeutica" per pazienti minorenni e giovani adulti con diabete mellito e per familiari e care giver nell'anno 2019 / N. Interventi di gruppo "informativi/formativi/di educazione terapeutica" per pazienti minorenni e giovani adulti con diabete mellito e per familiari e care giver nell'anno 2018	15	allegare report	>=1 (allegare report)	20	15
6	Potenziamento dell'attività rivolta ai nuovi pazienti e pazienti fragili	6.1	N° nuovi pazienti nell'anno 2019 (parametrati a personale Full Time Equivalent)/ N° nuovi pazienti nell'anno 2018 (parametrati a personale Full Time Equivalent) (esclusi pazienti previsti dagli indicatori 5.1, 6.2, 6.3)	15	288 (2018)	> 1 (allegare report)	273	15
		6.2	N pazienti anziani (over-64) presi in carico per trattamenti neuropsicologici riabilitativi e/o psicoterapeutici anno 2019 / N pazienti anziani (over-64) presi in carico per trattamenti neuropsicologici riabilitativi e/o psicoterapeutici anno 2018	15	110 (2018)	> 1 (allegare report)	116	15
		6.3	N. pazienti migranti minori non accompagnati segnalati entro il 30 settembre 2019 e presi in carico per supporto psicologico per un periodo non inferiore a 3 mesi / N. pazienti migranti minori non accompagnati segnalati entro il 30 settembre 2019	15		> 40% (allegare report)	21/40 52,5%	15
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOC Servizio Prevenzione e Protezione								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Progettazione di un sistema di segnaletica di sicurezza antincendio nelle strutture specialistiche ambulatoriali di superficie 500-1000mq	3.1	Numero di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. 500-1000 mq nelle quali è stato predisposto nell'anno 2019 sistema di segnaletica di sicurezza antincendio / Numero complessivo di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. 500-1000 mq	30	5/12 41,67%	>=40%	7/12 58,33%	30
4	Progettazione di un sistema di segnaletica di sicurezza antincendio nelle strutture specialistiche ambulatoriali di superficie >1000mq	4.1	Numero di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. >1000 mq nelle quali è stato predisposto nell'anno 2019 sistema di segnaletica di sicurezza antincendio / Numero complessivo di strutture specialistiche ambulatoriali di sup. >1000 mq	30	8/20 40%	>=40%	12/20 60%	30
5	Miglioramento benessere organizzativo aziendale mediante somministrazione di questionari e successiva valutazione rischio SLC (Stress Lavoro Correlato) nei Pronto Soccorso Aziendali	5.1	Numero di Pronto Soccorso nei quali è stato somministrato il questionario e valutato il rischio SLC /N. complessivo di Pronto Soccorso aziendali	20		100%	5/5 100%	20
6	Audit su conservazione e stoccaggio di agenti chimici pericolosi nei laboratori di analisi (comprese citologie e anatomia patologica) e nelle radiologie	6.1	Numero di audit effettuati / Numero complessivo di audit da effettuare	10		100%	22/22 100%	10
			totale peso	100				100
						% performance organizzativa raggiunta		100%

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Educazione alla salute								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5		100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5		100%	100%	5
3	Realizzazione di Progetti di promozione della salute (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.4.E)	3.1	Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (Direttiva 32187 dell'8.4.2016): Predisposizione ed invio report secondo la tempistica richiesta	80		Si (allegare relazione)	SI	80
4	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	4.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/05/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	SI	10
totale peso				100				100
						% performance organizzativa raggiunta		100%

UU.OO. della Direzione Aziendale: UOS Sorveglianza Sanitaria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Sorveglianza sanitaria in ambito aziendale	3.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale a rischio dipendente dell'ASP ai sensi del dl 81/2008	45	100%	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi	100%	45
4	Sorveglianza sanitaria in ambito nei confronti di soggetti esterni	4.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale dipendente da aziende o ditte esterne convenzionate nell'anno 2019 / N. lavoratori inviati a visita medica dal datore di lavoro nell'anno 2019	45	2.238/2.238 100%	>=90%	1.574/1.574 100%	45
			totale peso	100				100
						% performance organizzativa raggiunta		100%

Dipartimento di Prevenzione								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	4.1	Relazione sulla effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP	5		SI	SI	5
5	Monitoraggio Obiettivi contrattuali di salute e funzionamento 2019-2020: Obiettivo 11 (PAA) - Area 1	4.2	Trasmissione report alla UOC Coordinamento Staff Strategico secondo le tempistiche richieste	10		SI	SI	10
4	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	4.1	UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva	10	88,95%	100%	91%	9,1
		4.2	UOC Igiene degli ambienti di vita	10	100%	100%	100%	10
		4.3	UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale	10	100%	100%	100%	10
		4.4	UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	10	99,72%	100%	80%	8
		4.5	UOC Impiantistica ed antinfortunistica	10	95%	100%	100%	10
		4.6	UOC Laboratorio medico di sanità pubblica	10	95%	100%	100%	10
		4.7	UOC HACCP - RSO	10	100%	100%	100%	10
totale peso				100				97,10
% performance organizzativa raggiunta								97,10%

Dipartimento di Prevenzione: UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
<i>Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)</i>								
3	Estensione dei programmi di screening del cervico-carcinoma	3.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	7	120.654/117.494 >100%	100%	56.042 / 56.042 100%	7
	Adesione del programma di screening del cervico-carcinoma (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	3.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	3	19.561/117.056	>=50%	10.393 / 50.266 21%	0
4	Estensione dei programmi di screening del tumore della mammella	4.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	7	70.025/87.135 80,4%	100%	87.616 / 87.616 100%	7
	Adesione del programma di screening del tumore della mammella (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	4.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	3	25.976/87.135	>=60%	34.012 / 78.392 43%	0
5	Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	5.1	N. di soggetti invitati / popolazione target	7	177.941/166.253 >100%	100%	167.331 / 167.331 100%	7
	Adesione del programma di screening del colon retto (obiettivo di outcome proxi - rif DA1845 del 18/09/2012)	5.2	N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	3	23.498/173.940	>=50%	34.426 / 155.645 22%	0
6	Coinvolgimento e collaborazione dei MMG	6.1	N. di MMG coinvolti / N. MMG	5	1.070/1.070 100%	>= 60% (con relazione sulla % MMG con pulizia liste)	1.070 / 1.070 100%	5
7	Aggiornamento banca dati anagrafica	7.1	Banca dati aggiornata	5		Si (relazione)	SI	5

Dipartimento di Prevenzione: UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina preventiva								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
<i>Coperture Vaccinali e Sorveglianza Malattie Infettive</i>								
8	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.A Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017-)	8.1	N. soggetti vaccinati / popolazione target residente	5	Morbillo Parotite Rosolia 1a dose Coorte 2016 9.961/10.719=92,9% 2a dose Coorti 2002 9.417/13.354=70,5% 2a dose Coorte 2000 8.847/13.383=66,1% 76,5% Varicella 1a dose Coorte 2016 9.625/10.719=89,8% 2a dose Coorti 2002 9.881/13.354=73,9% 2a dose Coorti 2002 7.360/13.383=55% 72,9%	esavalente, morbillo-parotite-rosolia, meningococco e pneumococco 92 - 95% a 24 mesi	Morbillo Parotite Rosolia 9.882/10.594=93,28% Meningococco:8.788 / 10.594=82,95 % Pneumococco: 9.770 / 10594 = 92,22%	5
9	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.B Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017- Nota Prot n. 76451 del 16 Ottobre 2018 - Disposizioni Operative Vaccini)	9.1	Relazione sulle attività svolte	5	SI	SI	SI	5
10	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.C Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale nell'anno 2019 (PRP 2014/2018)	10.1	N. vaccinazioni registrate nel 2019 / N. vaccinazioni effettuate nel 2019 (con riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale)	5	100%	100%	545.362 / 545.362 100%	5
11	PAA - AREA 1 - intervento 1.3.D Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – Nota Prot. n. 71734 del 28 settembre 2018)	11.1	Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario vaccinale regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
12	Implementazione del Sistema di Sorveglianza per le Malattie Infettive	12.1	N° di notifiche inserite nel Sistema PreMal / N. totale notifiche di malattie infettive pervenute.	5		≥ 95 %	138 / 138 100%	5
13	Controllo epidemiologico delle malattie infettive	13.1	N. di inchieste epidemiologiche predisposte / N. di segnalazioni di malattie infettive pervenute	10		100%	718 / 718 100%	10
<i>Altri obiettivi</i>								
14	Vaccinazioni internazionali	14.1	N. di soggetti sottoposti a vaccinazioni internazionali / N. di soggetti che ne fanno richiesta idonei alla vaccinazione	5	4.400/4.400 100%	100%	532 / 532 100%	5
15	Raccolta e codifica delle informazioni riportate nelle schede ISTAT di morte, elaborazione dei dati a livello locale e trasmissione al Dipartimento Osservatorio Epidemiologico Regionale del Flusso ReNCaM	15.1	N. schede di morte codificate e registrate / N. schede di morte pervenute	5	12.500/12.500 100%	100%	11.525 / 11.525 100%	5
		15.2	Rispetto delle scadenze fissate per la trasmissione del flusso informativo "ReNCaM" (entro il 31 marzo 2019)	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				91
% performance organizzativa raggiunta								91%

Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli ambienti di vita								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	<i>Tutela Ambientale:</i> Riunioni "focalpoint"	3.1	N. Riunioni realizzate / N. di Riunioni programmate	15	1/3	3 / 3 (allegare documentazione delle riunioni)	3 / 3 100%	15
4	Monitoraggio condizioni igieniche nelle carceri	4.1	N. Case Circondariali verificate / n° Case Circondariali	15	4 / 4 100%	100%	4 / 4 100%	15
5	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per strutture socio - assistenziali	5.1	N. di pareri igienico – sanitari per strutture socio - assistenziali rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico – sanitari per strutture socio - assistenziali	15	140 / 140 100%	100%	144 / 144 100%	15
6	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006	6.1	N. di pareri igienico sanitari per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D.Lgs. 152/2006 rilasciati o resi in conferenze di servizio entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste pervenute per Autorizzazioni uniche ex art. 208 D,Lgs. 152/2006	15	18 / 18 100%	100%	12 / 12 100%	15
7	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	7.1	N. di pareri igienico – sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici rilasciati entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico – sanitari per studi e ambulatori odontoiatrici	15	71 / 71 100%	100%	41 / 41 100%	15
8	Rilascio dei pareri igienico - sanitari per la realizzazione di opere pubbliche	8.1	N. pareri igienico-sanitari per progetti di opere pubbliche rilasciati o resi in conferenze di servizio entro il termine di 30 gg dalla acquisizione della documentazione completa / N. di richieste ricevute per pareri igienico-sanitari per progetti di opere pubbliche	15	136 / 136 100%	100%	127 / 127 100%	15
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Prevenzione: UOC Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
<i>Attività di Controllo Ufficiale - DDG n. 2435/2018 "PRIC Sicilia 2015 - 2018 Aggiornamenti annualità 2018 - 2019"</i>								
3	Piano regionale di controllo ufficiale sulla presenza di Organismi Geneticamente Modificati (O.G.M.) negli alimenti (DDG n. 78/2015 e Nota Servizio 7 DASOE Prot. DASOE/Serv. 7 n. 4065 del 17.01.2019)	3.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare 8 campioni	5		8/8	8/8	5
4	Piano regionale di controllo ufficiale delle Micotossine negli alimenti	4.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5		13/13	13/13	5
5	Piano regionale di controllo ufficiale Allergeni	5.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	22 / 3	18/18	18/18	5
6	Piano Regionale di controllo ufficiale Sale Iodato : verifica del tenore di iodio nel sale arricchito e della presenza del sale iodato nella distribuzione	6.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	15 / 15	15/15	15/15	5
		6.2	N. punti vendita o centri cottura ispezionati / N. punti vendita o centri cottura da ispezionare	10	19 / 7	7/7	7/7	10
7	Piano Regionale sulla verifica della presenza delle Impurità Solide negli Alimenti	7.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	17 / 17	16/16	16/16	5
<i>Prodotti fitosanitari:</i>								
8	Piano regionale di controllo ufficiale sui Prodotti Fitosanitari e dei residui degli stessi negli alimenti	8.1	Rispetto Flusso informativo	5	SI	SI	SI	5
9	Ispezioni presso le rivendite, i locali di deposito, gli esercizi di vendita, i depositi di stoccaggio delle ditte che vendono fitofarmaci e loro coadiuvanti all'utilizzatore finale	9.1	N. ditte autorizzate ispezionate / N. ditte autorizzate	20	17/17	14/14	14/14	20
10	Ispezioni nelle aziende agricole per il controllo ufficiale degli utilizzatori di fitofarmaci	10.1	N. aziende registrate ispezionate / N. aziende registrate	20	21 / 20	12/12	12/12	20
<i>Programma Integrato Celiachia:</i>								
11	Rispetto Flusso informativo	11.1	Trasmissione flussi informativi entro il 31 marzo	5	SI	SI	SI	5
12	Alimenti Destinati ad un'Alimentazione Particolare	12.1	N. campioni prelevati / N. campioni da prelevare	5	23 / 12	12/12	12/12	5
				totale peso	100			100
					% performance organizzativa raggiunta			100%

Dipartimento di Prevenzione: UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
<i>Prevenzione nei Luoghi di Lavoro</i>								
<i>Attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole, attività di informazione e formazione, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP</i>								
3	Cantieri edili:	3.1	N. cantieri edili controllati / N. di notifiche preliminari anno 2018	10	237 / 1.291 18,3%	>= 17%	150 / 842 17,8%	10
4	Aziende Agricole	4.1	N. di aziende agricole ispezionate / N. di aziende agricole ispezionabili	10	172 / 168 >100%	100%	133 / 130 >100%	10
5	Attività di informazione e formazione	5.1	N. di iniziative di informazione e formazione realizzate / N di iniziative di informazione e formazione da realizzare	10	3 / 3 100%	100% (3/3) (allegare documento di programmazione e documentazione delle iniziative realizzate)	3 / 3 100%	10
<i>Attuazione direttive del GdL "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale</i>								
6	Sorveglianza lavoratori ex esposti	6.1	Invio report trimestrale al Servizio DASOE competente	10		Si	Si	10
		6.2	N. di lavoratori ex esposti invitati / N. di lavoratori ex esposti	10		>= 10% ripetto al 2018	250 / 740 33,7% no >10% rispetto 2018	0
		6.3	N. di lavoratori ex esposti sottoposti ad accertamenti sanitari / N. di lavoratori ex esposti	10		>= 10% ripetto al 2018	98 / 740 13,2% no >10% rispetto al 2018	0
<i>Altri obiettivi</i>								
7	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	7.1	N. di malattie professionali trattate secondo standard MALPROF / N. segnalazioni pervenute nel 2018	10	46 / 46 100%	100%	86 / 86 100%	10
8	Controlli nei cantieri bonifica amianto	8.1	N. di controlli / N. Piani di Lavoro presentati	10	140 / 702 19,9%	>= 5%	220 / 808 27,2%	10
9	PAA - AREA 1 - intervento 1.4.D Sorveglianza epidemiologica dei casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale	9.1	N. di inchieste epidemiologiche effettuate in casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale / N. di denunce, referti, deleghe della AG di casi di mesotelioma maligno di probabile natura professionale pervenute allo SPReSaL	10	18 / 18 100%	>=80%	12 / 12 100%	10
				totale peso	100			80
						% performance organizzativa raggiunta		80%

Dipartimento di Prevenzione: UOC Impiantistica ed antinfortunistica

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Piano Attuativo Aziendale (PAA) 1.5 Prevenzione nei Luoghi di Lavoro: 1.5.C Attuazione delle procedure previste dal D.M. 11.04.11, di cui all'art. 71 del D.lgs. 81/08 e al D.A. n. 773/12. Verifiche periodiche di sicurezza su attrezzature di lavoro e impianti	3.1	Numero apparecchi verificati / Numero di richieste di verifica pervenute	20	1.511 / 1,853 82%	≥ 70%	1.494 / 1.721 87%	20
		3.2	Numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine, impianti	10	1	≥ 1	1	10
4	Incremento delle verifiche di apparecchi a pressione effettuate	4.1	N. verifiche di apparecchi a pressione effettuate / N. verifiche apparecchi a pressione richieste x 100	15	1.142 / 1.396 82%	≥ 75%	1.321 / 1.429 92%	15
5	Incremento delle verifiche di impianti e macchine	5.1	N. verifiche ascensori effettuate / N. verifiche ascensori richieste	10	1.120 / 1.500 75%	≥ 75%	1.117 / 1.450 77%	10
		5.2	N. verifiche impianti di terra effettuate / N. verifiche impianti di terra richieste	10	211 / 275 77%	≥ 75%	171 / 190 90%	10
		5.3	N. verifiche impianti di terra a maggiore complessità effettuate / N. verifiche impianti di terra a maggiore complessità richieste (N.B. Impianti elettrici a maggiore complessità sono impianti con propria cabina di trasformazione MT/BT ed impianti elettrici in luoghi con pericolo di esplosione ed incendio)	15	26 / 26 100%	≥ 5%	18 / 18 100%	15
		5.4	N. verifiche gru effettuate / N. verifiche gru richieste	10	1.050 / 1.203 87%	≥ 75%	1.023 / 1.133 90%	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Prevenzione: UOC Laboratorio medico di sanità pubblica									
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito	
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5	
<i>Tutela Ambientale:</i>									
3	Acque di balneazione	3.1	N. di campioni acque di balneazione pervenuti / n. di campionamenti previsti da nuovo DDG per stagione balneare 2019	15		≥ 95%	1.097 / 1.097 100%	15	
<i>Sicurezza Alimentare</i>									
4	PAA Intervento 1.2 Sicurezza Alimentare 1.2 A Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove richieste dai Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti e sulle Acque destinate al consumo umano (Criticità POCS)	4.1	Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri laboratori pubblici)	15		SI (allegare provvedimento/i)	SI	15	
5	Piano Regionale di Controllo Ufficiale Alimenti e Bevande 2015 - 2018 Aggiornamenti Annualità 2018 - 2019 (D.D.G. n. 2435/2018)	5.1	N. campioni analizzati / N. campioni pervenuti	15		≥ 95%	179 / 179 100%	15	
6	Controlli microbiologici acque destinate al consumo umano DLgs 31/2000 e ss.mm.ii.	6.1	N. campioni di acque analizzati / N. campioni consegnati al laboratorio come da programmazione annuale	15		≥ 95%	1.381 / 1.381 100%	15	
7	Piano prevenzione Legionella: analisi su acque destinate al consumo umano e campioni di aria confinata	7.1	N. test per legionella eseguiti / n° campioni pervenuti come da programmazione annuale	15		≥ 95%	316 / 316 100%	15	
<i>Altri obiettivi</i>									
8	Tutela dei lavoratori e della collettività dal rischio amianto	8.1	N. di campioni analizzati per la ricerca ed identificazione delle fibre di amianto / N. di campioni pervenuti	15	70 / 70 100%	≥ 90%	14 / 14 100%	15	
				totale peso	100			100	
								% performance organizzativa raggiunta	100%

Dipartimento di Prevenzione: UOC HACCP - RSO								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Controllo efficienza trattamento aria, microclima, concentrazione particelle nei presidi ospedalieri aziendali (Reparti operatori)	3.1	N. Reparti operatori aziendali controllati / N. reparti operatori aziendali	30	13 / 13 100%	100%	13 / 13 100%	30
4	Controllo annuale dell'acqua dei riuniti odontoiatrici aziendali per la ricerca della presenza di Legionella Pneumophila	4.1	N. verifiche di tipo analitico riuniti odontoiatrici aziendali / N. riuniti odontoiatrici aziendali	30	15 / 15 100%	100%	15 / 15 100%	30
5	Controllo annuale di tutte le strutture aziendali per HACCP	5.1	N. strutture aziendali verificate per HACCP / N. strutture aziendali pertinenti per HACCP	30	19 / 19 100%	100% (allegare elenco)	19 / 19 100%	30
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Prevenzione Veterinario								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Piano Attuativo Aziendale - Area intervento 1	4.1	Monitoraggio indicatori Piano Attuativo Aziendale - Area intervento 1 (per la parte di competenza) e trasmissione report trimestrali alla UOC Coordinamento Staff Strategico	5		Si	20	5
5	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	5.1	UOC Sanità animale Area A	20	99,95%	100%	98,60%	19,7
		5.2	UOC Igiene e produzione di alimenti di origine animali e loro derivati Area B	20	100%	100%	100%	20
		5.3	UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche Area C	20	100%	100%	100%	20
		5.4	UOC Igiene urbana e lotta al randagismo	20	100%	100%	100%	20
			totale peso	100				99,70
% performance organizzativa raggiunta								99,70%

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Sanità animale (Area A)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	3.1	N. aziende bovine e ovi caprine controllate/N. aziende bovine e ovi caprine controllabili	10	9,779/9.827 99,5%	100% allegare anche elenco aziende	7.218 25./ 7.241 99,7%	9,9
4	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	4.1	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	5	< 27 gg.e 28 gg.	< ≤ 28 gg obiettivo raggiunto al 100% ≤ 30 gg obiettivo raggiunto al 75% ≤ 32 gg obiettivo raggiunto al 50% > 32 gg obiettivo raggiunto 0%	25,28 <27 =100% 28,78>28 =75%	4,4
5	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	5.1	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	5	<53 gg.	≤ 63 gg obiettivo raggiunto 100% ≤ 68 gg obiettivo raggiunto 75% > 68 gg obiettivo raggiunto 0%	50,09 < 53 =100%	5
6	Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	6.1	N. aziende bovine controllate anagraficamente/N. aziende bovine controllabili	10	222 / 2.534 8,8%	>= 5% (allegare anche elenco aziende)	177 / 2,487 = 7,12%	10
		6.2	N. aziende ovi-caprine controllate anagraficamente/N. aziende ovi-caprine controllabili	10	146 / 2.226 6,5%	>= 3% (allegare anche elenco aziende)	116 / 2.234 =5,19%	10
7	Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	7.1	Percentuale di riduzione della prevalenza	10		>=15% di riduzione	Br 60,00% BROCC 56,92%	10
8	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	8.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	10	3	>=1	6/3>1	10
9	Prevenzione delle zoonosi	9.1	Numero indagini epidemiologiche effettuate nell'anno / N. di segnalazioni ricevute nell'anno	10	105 / 105 100%	100%	161 / 161 100%	10
10	Implementazione continua del sistema informativo ministeriale SANAN	10.1	N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate inserite nel SANAN / N. aziende bovine, ovi/caprine e suine controllate	10	11.184 / 11.184 100%	100%	11.046 / 11.046 100%	10
11	Controllo e monitoraggio degli allevamenti suini per malattia vescicolare. Mantenimento standard (valido per accreditamento)	11.1	N. di allevamenti controllati secondo il protocollo previsto / N. di allevamenti controllati nel territorio di competenza	10	177 / 152 >100%	100% (allegare anche relazione sul mantenimento dello standard)	133 / 143 93%	9,3
totale peso				100				98,6
% performance organizzativa raggiunta								98,60%

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene produzione alimenti origine animale (Area B)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia), nonché Piano Nazionale Residui	3.1	Rendicontazione dell'attività svolta al 30/06 e al 31/12, rispettivamente, entro il 31 luglio ed il 31 gennaio dell'anno successivo, secondo i modelli all'uopo predisposti, da cui si evinca almeno il 98% di attività svolta rispetto a quella programmata	20		SI (allegare relazione)	SI	20
4	Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	4.1	Registrazione dei dati nel Sistema informativo regionale Demetra	20		SI (allegare relazione)	SI	20
5	Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari	5.1	Rispetto flusso informativo	15	SI	SI (allegare relazione)	SI	15
6	Verifica del rispetto della normativa relativa ad alimenti di origine animale negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	6.1	N. campioni alimentari di origine animale analizzati/N. campioni alimentari di origine animali programmati	15	338 / 338 100%	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)	389 / 371 >100%	15
7	Prevenzione e controllo delle zoonosi derivate dal consumo di alimenti	7.1	Numero controlli effettuati nell'anno / N. di segnalazioni ricevute nell'anno	10	24 /24 100%	100%	27 / 27 100%	10
8	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	8.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	10	8	>= 2 eventi (documentare)	6	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche (Area C)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Ricerca di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	3.1	N. campioni di alimenti di origine animale analizzati/N. campioni di alimenti di origine animali programmati	45	116 / 116 100%	100% (allegare anche documento di programmazione dei campioni da analizzare)	102 / 102 100%	45
4	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	4.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	45	3	>= 2 eventi (documentare)	6	45
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Prevenzione Veterinario: UOC Igiene urbana e lotta al randagismo

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione Procedura per la programmazione e lo svolgimento nei controlli sanitari nei rifugi sanitari e nei rifugi per il ricovero per cani e gatti, pubblici e privati (PR-003-DPV-001del 16/12/2016)	3.1	N. ricoveri sanitari per cani/gatti e ricoveri per il rifugio di cani/gatti controllati / N. ricoveri sanitari per cani/gatti e ricoveri per il rifugio di cani/gatti autorizzati e attivi	45	7 / 7 100%	100% (allegare elenco)	7 / 7 100%	45
4	Attività di informazione e formazione presso Scuole, piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc	4.1	N. eventi informativi e/o formativi realizzati nell'anno	45	40	>= 30 eventi (documentare)	52	45
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Farmaceutico

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Contenimento della spesa farmaceutica (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a5)	4.1	Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione: monitoraggio della spesa farmaceutica secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza per il contenimento della stessa	15		SI (allegare relazione)	SI	15
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	5.1	Realizzazione dell'intervento 2.1.D - Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018: Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali	20		SI (allegare relazione)	SI	20
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	5		SI (allegare relazione)	SI	5
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Farmacie	10	100%	100%	100%	10
		8.2	UOC Farmaco e Farmacoepidemiologia	10	100%	100%	100%	10
		8.3	UOC Distretto farmaceutico PA 1 con sede al P.O. "Civico" di Partinico	10	100%	100%	100%	10
		8.4	UOC Distretto farmaceutico PA 2 con sede al P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	10	100%	100%	100%	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Farmaceutico: UOC Farmacie								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione della procedura aziendale PR027DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto-deposito protesi ortopediche e mezzi di osteosintesi" (Farmacia P.O. Ingrassia)	3.1	N. ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto	15	174/174 100%	>=90%	366 / 366 100%	15
		3.2	N. richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	15	100/100 100%	>=90%	136 / 136 100%	15
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza (Farmacia P.O. Ingrassia)	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero	20	SI	SI (allegare relazione)	SI	20
5	Contenimento della spesa farmaceutica (Farmacia P.O. Ingrassia)	5.1	N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico/ N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio	20	2.278/2.643 86,2%	>= 80%	2.390 / 2.792 85,6%	20
6	Miglioramento dell'approvvigionamento dei farmaci per i PP.OO. (Farmacia P.O. Ingrassia)	6.1	Realizzazione da parte della Farmacia del P.O. di 2 riunioni (una per semestre) con i Referenti Qualità Rischio clinico di P.O. e i Referenti delle UU.OO. del P.O. per individuare eventuali criticità nel sistema di approvvigionamento dei farmaci con invio al Dipartimento del Farmaco di relazione per la pianificazione delle azioni di miglioramento di competenza	20		SI (allegare relazione)	SI	20
			totale peso	100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

**Dipartimento Farmaceutico:
UOC Farmaco e Farmacoepidemiologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito	
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5	
3	Contenimento della spesa farmaceutica	3.1	Monitoraggio della spesa farmaceutica secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza per il contenimento della stessa	30		SI (allegare relazione)	SI	30	
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito territoriale - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito territoriale	30	SI	SI (allegare relazione)	SI	30	
5	Monitoraggio delle prescrizioni mediante lettura ottica	5.1	Controllo mediante sistema di lettura ottica delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate nel 2019	30	SI	100% (allegare report)	SI	30	
			totale peso	100				100	
								% performance organizzativa raggiunta	100%

Dipartimento Farmaceutico: UOC Distretto farmaceutico PA 1								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione della procedura aziendale PR027DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto-deposito protesi ortopediche e mezzi di osteosintesi"	3.1	N. ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto	15	134/148 90,54%	>=90%	224 / 230 97,39%	15
		3.2	N. richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	15	95 / 95 100%	>=90%	97 / 97 100%	15
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero	20	SI	SI (allegare relazione)	SI	20
5	Contenimento della spesa farmaceutica	5.1	N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico/ N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio	20	2.777 / 2.992 92,8%	>= 80%	2.636 / 2.889 91,24%	20
6	Miglioramento dell'approvvigionamento dei farmaci per i PP.OO.	6.1	Realizzazione da parte della Farmacia del P.O. di 2 riunioni con i Referenti Qualità Rischio clinico di P.O. e i Referenti delle UU.OO. del P.O. per individuare eventuali criticità nel sistema di approvvigionamento dei farmaci con invio al Dipartimento del Farmaco di relazione per la pianificazione delle azioni di miglioramento di competenza	20		SI (allegare relazione)	SI	20
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Farmaceutico: UOC Distretto farmaceutico PA 2								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione della procedura aziendale PRO27DIR01500 del 10/12/2015 "Gestione conto-deposito protesi ortopediche e mezzi di osteosintesi"	3.1	N. ordini per Dispositivi Medici in conto deposito emessi dalla Farmacia entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto	15	387 / 408 94,85%	>=90%	373 / 402 92,78%	15
		3.2	N. richieste di reintegro dei Dispositivi Medici in conto deposito emesse dalla Farmacia verso il Fornitore entro il giorno successivo dalla comunicazione d'impianto / N. totale comunicazioni d'impianto con previsione di reintegro	15	172 / 185 92,97%	>=90%	365 / 392 93,11%	15
4	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	4.1	Realizzazione delle attività di pertinenza relative a: - Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in ambito ospedaliero	20	SI	SI (allegare relazione)	SI	20
5	Contenimento della spesa farmaceutica	5.1	N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico/ N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio	20	2.361 / 2.508 94,1%	>= 80%	2.282 / 2.350 97,1%	20
6	Miglioramento dell'approvvigionamento dei farmaci per i PP.OO.	6.1	Realizzazione da parte della Farmacia del P.O. di 2 riunioni con i Referenti Qualità Rischio clinico di P.O. e i Referenti delle UU.OO. del P.O. per individuare eventuali criticità nel sistema di approvvigionamento dei farmaci con invio al Dipartimento del Farmaco di relazione per la pianificazione delle azioni di miglioramento di competenza	20		SI (allegare relazione)	SI	20
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1): Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina	4.1	ESTENSIONE: N. di soggetti invitati / popolazione target	3		100%	56,042 / 56.042 100%	3
		4.2	ADESIONE: N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	3		≥50%	21.868/84.054 26%	1,6
		4.3	Esistenza di PDTA per lo Screening oncologico relativo al ca della cervice uterina	3		Sì (allegare documento e relazione)	SI	3
		4.4	N. donne screenate con HPV-DNA / N. totale donne di età 45-64 anni aderenti allo screening	3		100%	11.475 / 11.475 100%	3
5	Promozione dell'allattamento	5.1	Realizzazione delle attività di competenza previste dal D.A.n.1539 del 5 settembre 2018 "Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Macroobiettivo 1 Azione promozione allattamento al seno. Adozione di Linee di indirizzo policy aziendale delle strutture pubbliche e private della Regione Sicilia"	3		Sì (allegare relazione)	SI	3
6	Psicologia delle adozioni e Psicologia della genitorialità	6.1	Realizzazione di un percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali	3	SI	Sì (allegare relazione)	SI	3
		6.2	Adesione al progetto "Percorso psicopedagogico di gruppo finalizzato all'implementazione delle competenze genitoriali in adozioni nazionali e internazionali": N. coppie partecipanti al progetto / N. coppie invitate a partecipare	3	10/10 100%	≥60%	40 / 40 100%	3
		6.3	Revisione e aggiornamento delle procedure di intervento adottate dalla UOS genitorialità	3	SI	Sì (allegare relazione)	SI	3
		6.4	Numero colloqui effettuati su richiesta degli enti accreditati alla UOS genitorialità / Numero totale colloqui richiesti dagli enti accreditati	3	69/76 91%	≥90%	63 / 67 94%	3
7	Fisiopatologia della riproduzione	7.1	N. coppie con "colloquio pre trattamento" completato / N. Coppie richiedenti colloquio	3	80 / 88 91%	≥ 90%	74 / 81 91,35%	3
8	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	8.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida) per le UU.OO. afferenti	5		Sì (allegare documento)	SI	5

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente	5		Si (allegare relazione)	SI	5
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
11	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	11.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente all'indicatore: - Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	5		Si (allegare relazione)	SI	5
12	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	12.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: 4.1) Punti nascita: Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist 4.2.1) Nei PN senza (TIN): 4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP) 4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO:< 8% (Fonte SDO) 4.2.2) Nei PN (con TIN): 4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio VALORI OBIETTIVO SI 4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). VALORI OBIETTIVO: < 5%	5		Si (allegare report e relazione)	SI	5
13	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	13.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	3		Si (allegare relazione)	SI	3
14	PAA - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - sub-obiettivo 1.4.A: Sorveglianza malformazioni congenite	14.1	N. segnalazioni malformazioni congenite anno 2019 / N. segnalazioni malformazioni congenite anno 2018	3	indicare valori 2018	>=90 %	0/0 100%	3
15	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	15.1	UOC Salute donna e bambino territoriale	4	100%	100%	100%	4,00
		15.2	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. Civico di Partinico - DO PA1	4	93,08%	100%	90,52%	3,62
		15.3	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	4	94,30%	100%	90,00%	3,60
		15.4	UOC Ginecologia e Ostetricia - P.O. G.F. Ingrassia - DO PA3	4	90%	100%	91,73%	3,67
		15.5	UOC Pediatria - P.O. S. Cimino di Termini Imerese - DO PA2	4	100%	100%	100,00%	4,00
		15.6	UOC Neonatologia - P.O. G. Ingrassia di Palermo - DO PA3	4	100%	100%	100,00%	4,00
totale peso				100				97,49
% performance organizzativa raggiunta								97,49%

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino: UOC Salute della donna e del bambino territoriale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dei consulitori (comprendente elenco dei i consulitori con referente, ubicazione, recapiti telefonici e mail, giorni e orari di apertura, modalità di accesso, descrizione delle attività con eventuali specializzazioni funzionali) e invio all' U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	10	SI	Si (allegare documento)	SI	10
4	Rete percorso nascita	4.1	N. gravidanze a rischio individuate che vengono inviate ai punti nascita ospedalieri / n. gravidanze a rischio individuate	10	370 / 370 100%	>= 95%	469 / 469 100%	10
5	Percorso nascita	5.1	N. ecografie di screening primo trimestre effettuate / N. ecografie di screening primo trimestre richieste dai Consulitori familiari	5		>=50%	830/ 1.155 71,86%	5
6	Area psicologica e sociale: rilevazione violenza di genere	6.1	N. primi colloqui psicologici con rilevazione di eventuali indicatori di violenza di genere / N. primi colloqui psicologici effettuati	10	2.058/2.757 74,65%	>=60%	1.625/2.199 73,90%	10
		6.2	N. colloqui sociali in accoglienza con rilevazione di eventuali indicatori di violenza di genere / N. colloqui sociali in accoglienza effettuati	10	1.169/1.558 75,03%	>=60%	1.979/2.761 71,68%	10
		6.3	N. casi di violenza di genere sospetta o rilevata da parte dello psicologo con successivo approfondimento mediante risk assessment / N. casi di violenza di genere sospetta o accertata da parte dello psicologo	10		Rilevazione	400/885	10
		6.4	N. casi di violenza di genere sospetta o rilevata da parte dell' assistente sociale con successivo approfondimento mediante risk assessment / N. casi di violenza di genere sospetta o accertata da parte dell'assistente sociale	10		Rilevazione	229/724	10
7	Individuazione disagio psichico in gravidanza e dopo il parto per il precoce riconoscimento e la presa in carico della maternità e paternità mediante uno screening ultrabreve costituito dalle domande di Whooley	7.1	n. screening ultrabrevi somministrati * /numero di gravide seguite . (*Per screening effettuato si intende la somministrazione delle 2 domande in almeno 3 accessi relativamente al 1°, 2° e 3° trimestre di gravidanza)	10		>=70%	1.339 / 1.517 88,27%	10
8	Miglioramento dell'empowerment del paziente	8.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	SI	5
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si (Allegare report)	SI	5
10	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1): Screening oncologico relativo al tumore del colon retto	10.1	N. donne 50-64 anni cui è stata consegnato la provetta per SOF test / N. donne 50-64 anni aderenti al programma di screening cervico-carcinoma con HPV-DNA test (dal 01/09/2019 al 31/12/2019)	5		>=30%	1.182 / 2.716 43,51%	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

**Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino:
UOC Ginecologia e Ostetricia - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	20
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	64/64 100%	100%	90/90 100%	25
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	20
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	SI	5
7	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	7.1	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	10	119/466 25,54%	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	88/346 25,43% fonte BI	0,52
8	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	8.1	Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP)	2,5	0	0	0	2,5
		8.2	Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO)	2,5		< 8%	12 /308 3,89%	2,5
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Si	Si	SI	5
totale peso				100				90,52
% performance organizzativa raggiunta								90,52%

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino: UOC Ginecologia e Ostetricia - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	20
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	121/121 100%	100%	124 / 124 100%	25
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	20
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	SI	5
7	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	7.1	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	10	112/456 24,56%	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	116/386 30,05% fonte BI	0
8	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	8.1	Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP)	2,5	0	0	0	2,5
		8.2	Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita VALORI OBIETTIVO: < 8% (Fonte SDO)	2,5		< 8%	11/517 2,1%	2,5
9	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	9.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				90
% performance organizzativa raggiunta								90%

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino: UOC Ginecologia e Ostetricia - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	20
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	142/142 100%	100%	108 / 108 100%	25
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	25		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	25
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	SI	5
7	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	7.1	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	10	124/420 29,52%	<=15% (fra 26% e 15% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	87/361 24,10% fonte BI	1,73
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				91,73
% performance organizzativa raggiunta								91,73%

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino: UOC Pediatria - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai genitori/tutori dei pazienti che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	25		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	25
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti per i quali è stata richiesta ai genitori disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	30	63/63 100%	100%	63/63 100%	30
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	25		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	25
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente/care giver dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	SI	5
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino: UOC UTIN - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	5.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai genitori/tutori dei pazienti che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	30		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	30
4	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	4.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	30		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	30
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente/care giver dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	SI	5
6	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 4)	6.1	Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). VALORI OBIETTIVO: < 5%	20	0%	< 5%	4/15 26,66% giustificato	20
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting.	4.1	Produzione di un report sulla qualità della vita dei pazienti in terapia long acting. Drop out, ricadure, ruolo dei servizi	20	Sì	Sì (allegare relazione)	Sì	20
5	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	5.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Sì (allegare relazione)	Sì	5
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	Sì	5
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	Modulo 1 (UOC) Misilmeri-Palermo	5	100%	100%	100%	5
		7.2	Modulo 2 (UOC) Palermo	5	100%	100%	100%	5
		7.3	Modulo 3 (UOC) Palermo	5	100%	100%	100%	5
		7.4	Modulo 4 (UOC) Palermo	5	100%	100%	100%	5
		7.5	Modulo 5 (UOC) Palermo	5	100%	100%	95%	4,75
		7.6	Modulo 6 (UOC) Termini Imerese-Bagheria	5	100%	100%	95%	4,75
		7.7	Modulo 7 (UOC) Cefalù-Petralia Sottana	5	100%	100%	100%	5
		7.8	Modulo 8 (UOC) Corleone-Lercara Friddi	5	100%	100%	100%	5
		7.9	Modulo 9 (UOC) Partinico-Carini	5	100%	100%	95%	4,75
		7.10	Dipendenze Patologiche (UOC)	5	100%	100%	100%	5
		7.11	NPIA (UOC)	5	100%	100%	100%	5
totale peso				100				99,25
% performance organizzativa raggiunta								99,25%

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 1 (UOC) Misilmeri-Palermo								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	23 / 23 100%	25
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	172 / 184 93,47%	25
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	9 / 10 90%	≥ 90%	9 / 9 100%	30
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando almeno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	SI	5
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 2 (UOC) Palermo								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	8 / 10 80%	25
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	179 / 181 98,89%	25
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	5 / 5 100%	≥ 90%	6 / 6 100%	30
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	SI	5
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 3 (UOC) Palermo								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	25 / 27 92,59%	25
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	164 / 177 92,65%	25
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	3 / 3 100%	≥ 90%	5 / 5 100%	30
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	SI	5
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 4 (UOC) Palermo								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	15 / 16 93,75%	25
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	178 / 178 100%	25
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	6 / 6 100%	≥ 90%	8 / 8 100%	30
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	SI	5
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 5 (UOC) Palermo								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	33 / 36 91,66%	25
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	262 / 269 97,39%	25
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	7 / 7 100%	≥ 90%	6 / 6 100%	30
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	NO	0
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				95
% performance organizzativa raggiunta								95%

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 6 (UOC) Termini Imerese-Bagheria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	22 / 24 91,66%	25
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	207 / 221 93,66%	25
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	7 / 7 100%	≥ 90%	6 / 6 100%	30
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	NO	0
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				95
% performance organizzativa raggiunta								95%

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 7 (UOC) Cefalù-Petralia Sottana								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	10 / 10 100%	25
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	75 / 79 94,94%	25
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	10 / 11 100%	≥ 90%	10 / 11 90,9%	30
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	SI	5
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 8 (UOC) Corleone-Lercara Friddi								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	13 / 13 100%	25
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	97 / 105 92,38%	25
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	4 / 4 100%	≥ 90%	10 / 10 100%	30
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	SI	5
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Modulo 9 (UOC) Partinico-Carini									
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito	
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5	
3	Prevenzione del drop out dei pazienti in trattamento Long acting. Misure proattive	3.1	N schede di valutazione qualità della vita applicate ai pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019 / N. pazienti immessi in terapia con LAI nel 2019	25		≥ 80%	20 / 24 83,33%	25	
		3.2	N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019 e ancora in trattamento al 31 dicembre 2019 / N. pazienti in terapia long acting censiti al 30 giugno 2019	25		≥ 90%	169 / 178 94,94%	25	
4	Presa in carico entro 5 gg pz con primo episodio psicotico	4.1	N. pz dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con primo episodio psicotico e presi in carico entro i primi 5 gg lavorativi/ N. pz con primo episodio psicotico dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	30	14 / 14 100%	≥ 90%	6 / 6 100%	30	
5	Miglioramento dell'empowerment del paziente	5.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando almeno due ore settimanali	5			Relazione mensile sulle attività svolte (da trasmettere alla UOC Programmazione Controllo di Gestione SIS)	NO	0
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5	
totale peso				100				95	
% performance organizzativa raggiunta								95%	

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza <small>(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è soppressa e sostituita con 3 UOC)</small>								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione procedura "Individuazione e presa in carico del minore portatore di handicap ai fini dell'inserimento scolastico" PR019DSM 001 del 20/1/2014	3.1	Monitoraggio degli indicatori della procedura con raggiungimento dei valori attesi previsti	35	SI	SI (allegare relazione)	SI	35
4	Applicazione percorso diagnostico-terapeutico "Gestione degli interventi in favore dei minori vittima di abuso e maltrattamento e delle loro famiglie" PD003DIR00 del 21/12/2016	4.1	Monitoraggio degli indicatori del percorso diagnostico-terapeutico con raggiungimento dei valori attesi previsti	35	SI	SI (allegare relazione)	SI	35
5	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 - intervento 3.2 (Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo)	5.1	Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi	10		SI (allegare relazione)	SI	10
		5.2	Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali	10		SI (allegare relazione)	SI	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: UOC Dipendenze Patologiche <small>(nell'Atto Aziendale adottato con delibera n.309/2017 la UOC è soppressa e sostituita con 2 UOC)</small>								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Individuazione pazienti con comorbidità psichiatrica e con comorbidità infettiva presso i SerT	3.1	N. pz. con comorbidità psichiatrica presi in carico / N. pz. con comorbidità psichiatrica	30	480 / 480 100%	≥ 95%	583 / 583 100%	30
		3.2	N. pz. con comorbidità infettiva presi in carico / N. pz. con comorbidità infettiva	30	1.013/1.026 98,73%	≥ 90%	610 / 620 98,39%	30
4	Screening sui comportamenti a rischio di gioco d'azzardo patologico rivolto agli utenti tossicodipendenti ed alcolisti in carico presso i SERT	4.1	N. questionari Screening GAP somministrati / N. utenti tossicodipendenti e alcolisti presi in carico presso i SERT	25		≥ 40%	2.244 / 3.749 59,86%	25
5	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	Sì	Sì	Sì	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	RISK managment : implementazione integrazione sistemi informatci	4.1	Intergrazione informatica gestionale reparti / gestionale di laboratorio per trasmission on line referto di laboratorio,	10		Si (allegare documento)	SI	10
		4.2	Intergrazione informatica referto di laboratorio / fascicolo sanitario elettronico (DNLAB/EMONET/ATHENA)	10		Si (allegare documento)	SI	10
5	Miglioramento delle informazioni agli utenti sul funzionamento del Dipartimento	5.1	Revisione del Regolamento di funzionamento del Dipartimento e invio all'U.O.Comunicazione e Informazione per la pubblicazione sul sito aziendale .	10	SI	Si (allegare documento)	SI	10
7	Controllo qualità acque per uso umano	7.1	Monitoraggio dei parametri accreditati per le acque potabili destinate al consumo umano	5	SI	Si (allegare report)	SI	5
8	Miglioramento della qualità	8.1	Work Flow del monitoraggio in remoto dei sistemi analitici di laboratorio	5		Si (allegare relazione)	SI	5
		8.2	Work Flow del monitoraggio in remoto dei sistemi informatici di laboratorio rispetto ai tempi degli esiti	5		Si (allegare relazione)	SI	5
9	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	9.1	% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	10		> 10%	>5% giustificato	10
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
11	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	11.1	UOC Patologia Clinica - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico	5	100%	100%	100%	5
		11.2	UOC Patologia Clinica - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	100%	100%	100%	5
		11.3	UOC Patologia Clinica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%	100%	5
		11.4	UOC Anatomia Patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%	100%	5
		11.5	UOC Medicina Trasmfusionale c/o P.O. "Nuovo" di Cefalù	5	100%	100%	100%	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

**Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
UOC Patologia Clinica - DO1 - P.O. "Civico" di Partinico**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	10	SI	SI (allegare documento)	SI	10
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	10	SI	SI (allegare giorni e ore della settimana)	SI	10
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	217.011/239.723 90,52%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	236.395/244.384 96,73%	15
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	256.462/288.742 88,82%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	232.633/247.460 94%	15
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	124.302/149.558 83,11%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	117.711/139.411 84,43%	15
5	<i>Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011:</i> Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IPSG.2 L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la comunicazione tra gli operatori	5.1	N. esami di laboratorio con valori critici comunicati telefonicamente secondo modalità "Lettura , ripetizione, conferma" alle UU.OO. del P.O. richiedente / n. esami di laboratorio con valori critici rilevati	10	980/1.020 96%	>=90%	961/980 98%	10
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	0		>= 70%	non pertinente	0
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		SI (allegare relazione)	SI	7
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				97				97
% performance organizzativa raggiunta								100%

**Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
UOC Patologia Clinica - DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	10	SI	SI (allegare documento)	SI	10
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	10	SI	SI (allegare giorni e ore della settimana)	SI	10
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	199.392/229.751 86,8%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	209.312/216.754 96,5%	15
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	221.538/232.137 95,4%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	319.562/364.571 87,6%	15
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	353.256/411.188 85,9%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	383.347/453.089 84,6%	15
5	<i>Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011:</i> Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IPSC.2 L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la comunicazione tra gli operatori	5.1	N. esami di laboratorio con valori critici comunicati telefonicamente secondo modalità "Lettura , ripetizione, conferma" alle UU.OO. del P.O. richiedente / n. esami di laboratorio con valori critici rilevati	10	496/502 98,8%	>=90%	438/459 95,4%	10
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	0		>= 70%	non pertinente	0
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		SI (allegare relazione)	SI	7
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				97				97
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
UOC Patologia Clinica - DO3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. Patologia clinica e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	10	SI	SI (allegare documento)	SI	10
		3.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2 ore per la consegna dei referti agli utenti esterni	10	SI	SI (allegare giorni e ore della settimana)	SI	10
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per vari tipi di esami e per struttura /utenti richiedenti (Pronto soccorso - UU.OO. Di degenza ospedaliera – utenti esterni) stabiliti dal Dipartimento di diagnostica di laboratorio	4.1	N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dal Pronto soccorso	15	183.444/203.349 90,21%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	194.460/200.100 97%	15
		4.2	N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza ospedaliera con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dalle UU.OO. di degenza	15	513.677/534.524 96,1%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	316.445/375.379 84,4%	15
		4.3	N. prestazioni richieste dagli utenti esterni con refertazione effettuata entro i tempi definiti dal Dipartimento diagnostica di laboratorio /N. prestazioni richieste dagli utenti esterni	15	239.884/250.336 95,8%	>=80% (allegare report su un campione di almeno il 5% delle richieste)	220.593/229.149 96,3%	15
5	<i>Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011:</i> Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: IP5G.2 L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la comunicazione tra gli operatori	5.1	N. esami di laboratorio con valori critici comunicati telefonicamente secondo modalità "Lettura , ripetizione, conferma" alle UU.OO. del P.O. richiedente / n. esami di laboratorio con valori critici rilevati	10	1.217/1.217 100%	>=90%	1.039 / 1.039 100%	10
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	0		>= 70%	non pertinente	0
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		SI (allegare relazione)	SI	7
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				97				97
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Anatomia Patologica - DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	3.1	Aggiornamento del Documento Organizzativo della UOC 'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	25	SI	SI (allegare documento)	SI	25
		3.2	N. casi oncologici refertati entro 20 gg dall'arrivo del campione / N. totale casi oncologici refertati	20	714 / 752 94,95%	>=90%	670 / 677 98,9%	20
4	Revisione/Monitoraggio di protocolli clinici	4.1	Monitoraggio delle non conformità nella fase preanalitica dei pezzi anatomici/campioni citologici pervenuti dalle UU.OO. aziendali	20	SI	SI (allegare report)	SI	20
		4.2	Aggiornamento del protocollo diagnostico relativo al programma di screening del carcinoma della cervice uterina e invio all'U.O. Comunicazione per la pubblicazione sul sito aziendale	20	SI	SI (allegare documento)	SI	20
5	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	5.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio UOC Medicina Trasfusionale c/o P.O. "Nuovo" di Cefalù								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento delle informazioni agli utenti	3.1	Aggiornamento del documento organizzativo dell'U.O. C. Medicina trasfusionale in funzione dell'adeguamento alla ISO 9001-2015 e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	25	SI	SI (allegare documento)	SI	25
4	Revisione del Manuale Buon uso del sangue	4.1	Aggiornamento del Manuale del Buon uso del sangue e della modulistica di riferimento e invio all'U.O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	20	SI	SI (allegare documento)	SI	20
5	Valutazione del rischio trasfusionale: monitoraggio dati SISTRA	5.1	Rilevazione indicatore: N. trasfusioni di emocomponenti con segnalazione di eventi avversi ed effetti indesiderati / N. totale delle trasfusioni di emocomponenti	20	SI	SI (rilevazione)	4 / 5008	20
6	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	6.1	Realizzazione dell'intervento 2.6.A Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (DDG n.51 del 17.01.2019) N.B.: Il sub-obiettivo 2.6.A sarà conseguito: o al 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della previsione di raccolta 2019. o La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore all'1% sarà valutato con 0,8 punti o La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore al 2% sarà valutato 0,6 punti o La riduzione tra la previsione di raccolta delle EC e la raccolta a consuntivo non superiore al 3% sarà valutato 0,5 punti o Per scostamenti > del 3% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto	10		vedi N.B.	4.559 / 4600 99,10%	10
		6.2	Realizzazione dell'intervento 2.6.B Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) presso ciascuna azienda sanitaria regionale non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2018. N.B.: Il sub-obiettivo 2.6.B sarà conseguito: o al 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della quantità di Plasma prevista per il sub obiettivo 2 pari a + 60 Kg di plasma rispetto all'anno 2018 o La riduzione tra la previsione di raccolta (+ 60 Kg) non superiore all'10% sarà valutato con 0,8 punto Per scostamenti > del 10% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.	10		vedi N.B.	anno 2019 = 1239Kg. / anno 2018 = 1091,57= +147,43 Kg. Pari a + 113% di produzione	10
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Diagnostica per Immagini

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2018 / Importo budget 2018 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1); Screening oncologico relativo al tumore della mammella	4.1	ESTENSIONE: N. di soggetti invitati / popolazione target	10		100%	87.616/ 87.616 100%	10
		4.2	ADESIONE: N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5		>=60%	34.012/78.392 43%	0
		4.3	Esistenza di PDTA per lo Screening oncologico relativo al tumore della mammella	10		SI (allegare documento e relazione)	SI	10
		4.3	Attività di screening nei giorni di sabato (1 volta/mese per centro)	5	SI	SI (allegare report)	SI	5
		4.4	N. approfondimenti non invasivi / N. di mammografie eseguite	10	1.659/25.977	Rilevazione (allegare report)	1.695 /34.012	10
5	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	5.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	25		SI (allegare relazione)	SI	25
6	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	6.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	UOC Radiodiagnostica + TAC - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	5	100%	100%	100%	5
		7.2	UOC Radiodiagnostica + TAC - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	5	100%	100%	100%	5
		7.3	UOC Radiodiagnostica + TAC e RMN - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	5	100%	100%	100%	5
totale peso				100				95
% performance organizzativa raggiunta								95%

Dipartimento di Diagnostica per Immagini: UOC Radiodiagnostica + TAC - DO1 P.O. "Civico" di Partinico								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Elaborazione di referto strutturato	3.1	N. referti Rx che contengano almeno: nome, cognome e data di nascita del paziente; motivo dell'esame; descrizione della tecnica utilizzata; descrizione del quadro radiologico riscontrato; ipotesi diagnostica; nominativo del tecnico radiologo che ha eseguito o collaborato all'esecuzione dell'esame; nominativo del medico che ha redatto il referto /N. referti Rx consegnati	25	8 / 10 80%	≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	8 / 10 80%	25
4	Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC	4.1	N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti	25		≥ 80%	130 /134 97%	25
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	25		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo verrà distribuito fra gli obiettivi "Elaborazione di referto strutturato" e "Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC")	SI	25
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	0		≥ 70%	non pertinente	0
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		Si (allegare relazione)	SI	7
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si	SI	5
totale peso				97				97
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento di Diagnostica per Immagini: UOC Radiodiagnostica + TAC - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Elaborazione di referto strutturato	3.1	N. referti Rx che contengano almeno: nome, cognome e data di nascita del paziente; motivo dell'esame; descrizione della tecnica utilizzata; descrizione del quadro radiologico riscontrato; ipotesi diagnostica; nominativo del tecnico radiologo che ha eseguito o collaborato all'esecuzione dell'esame; nominativo del medico che ha redatto il referto /N. referti Rx consegnati	25	9 / 10 90%	≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	8 / 10 80%	25
4	Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC	4.1	N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti	25		≥ 80%	118/121 97,5%	25
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	25		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo verrà distribuito fra gli obiettivi "Elaborazione di referto strutturato" e "Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC")	SI	25
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	0		≥ 70%	non pertinente	0
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		SI (allegare relazione)	SI	7
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				97				97
% performance organizzativa raggiunta								100%

<p align="center">Dipartimento di Diagnostica per Immagini: UOC Radiodiagnostica + TAC e RMN - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo</p>								
N. OBTV	OGGETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Elaborazione di referto strutturato	3.1	N. referti Rx che contengano almeno: nome, cognome e data di nascita del paziente; motivo dell'esame; descrizione della tecnica utilizzata; descrizione del quadro radiologico riscontrato; ipotesi diagnostica; nominativo del tecnico radiologo che ha eseguito o collaborato all'esecuzione dell'esame; nominativo del medico che ha redatto il referto /N. referti Rx consegnati	25	8 / 10 80%	≥ 80% (rilevazione su un campione rappresentato dal 10% referti al mese complessivamente per degenti e utenti esterni)	8 / 10 80%	25
4	Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC	4.1	N. esami TAC per pazienti degenti, eseguiti e refertati entro due giorni dalla richiesta / N. esami TAC richiesti per pazienti degenti	25		≥ 80%	133 /133 100%	25
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	25		SI (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo verrà distribuito fra gli obiettivi "Elaborazione di referto strutturato" e "Tempestività esecuzione e refertazione esami TAC")	SI	25
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	0		>= 70%	non pertinente	0
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		SI (allegare relazione)	SI	7
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				97				97
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	<i>nessun budget/tetodi spesa previsto</i>	--		--	--	--
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	Revisione entro il primo semestre 2019 del Protocollo di gestione del dolore in ospedale che definisca: - modalità di valutazione all'ingresso in ospedale - trattamento del dolore cronico e postoperatorio acuto - modalità di rivalutazione - terapia di salvataggio	20	SI	SI (allegare documento)	SI	20
5	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	5.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida) per le UU.OO. afferenti	20		SI (allegare documento)	SI	20
6	Donazione organi e tessuti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 6)	6.1	Relazione sulla Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)	2		SI	SI	2
			Adesione al protocollo d'intesa con il Centro regionale Trapianti relativamente all'accertamento della morte cerebrale e all'eventuale prelievo multiorgano (rif. Nota n.1116/CSS del 14/05/2019)	16		SI	SI	16
			Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.	2		2	2	2
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	UOC Anestesia e rianimazione - DO1 P.O. "Civico" di Partinico	10	100%	100%	94,85%	9,48
		7.2	UOC Anestesia e rianimazione - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	10	100%	100%	96,14%	9,61
		7.3	UOC Anestesia e rianimazione - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo	10	100%	100%	94,85%	9,48
totale peso				100				98,57
% performance organizzativa raggiunta								98,57%

Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore: UOC Anestesia e rianimazione - DO1 P.O. "Civico" di Partinico								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	15		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	15
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento di Anestesia /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35		>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2019)	30/30 100%	35
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	20
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente/care giver dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	SI	5
7	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	7.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	38/56 67,86%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	26/66 39,39%	0
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	0		>= 70%	non pertinente	0
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		Si (allegare relazione)	SI	7
totale peso				97				92
% performance organizzativa raggiunta								94,85%

Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore: UOC Anestesia e rianimazione - DO2 P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	15		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	15
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento di Anestesia /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35		>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2019)	15/15 100%	35
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	20
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente/care giver dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	SI	5
7	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	7.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	89/107 83,18%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	92/134 68,66% fonte BI	1,26
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	0		>= 70%	non pertinente	0
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		Si (allegare relazione)	SI	7
totale peso				97				93,26
% performance organizzativa raggiunta								96,14%

Dipartimento delle Anestesi, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore: UOC Anestesia e rianimazione - DO3 P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo								
N. OBTV	OBIEITIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	15		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	15
4	Gestione del dolore in ospedale	4.1	N. pazienti con applicazione del protocollo per la gestione del dolore post-operatorio secondo documento elaborato dal Dipartimento di Anestesia /N. pazienti sottoposti a intervento chirurgico	35		>=85% (allegare report su un campione rappresentato dai primi 5 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ogni mese nel secondo semestre 2019)	15/15 100%	35
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	20
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente/care giver dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	SI	5
7	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	7.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	31/73 42,47%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	54/104 51,92% fonte BI	0
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	0		>= 70%	non pertinente	0
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	7		Sì (allegare relazione)	SI	7
totale peso				97				92
% performance organizzativa raggiunta								94,85%

UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	- Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019-GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	4.1	Monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso modalità ex ante ed ex post e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	10	SI	SI (allegare report)	SI	10
		4.2	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	5		SI (allegare report)	SI	5
		4.3	Monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con trasmissione all'U. O. Comunicazione e informazione per la pubblicazione sul sito aziendale	5	SI	SI (allegare relazione)	SI	5
		4.4	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	10		SI (allegare report)	SI	10
		4.5	Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda e trasmissione di report all'UOC Coordinamento Staff strategico e/o alla Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	10		SI (allegare report)	SI	10
		4.6	Attuazione interventi di propria competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	5		SI (allegare relazione)	SI	5
		4.7	Relazione annuale complessiva sui risultati raggiunti, con specifica dell'attuazione degli interventi/azioni effettuati da ciascuna struttura aziendale rispetto a agli interventi/azioni previsti dal programma attuativo aziendale	5		SI (allegare relazione)	SI	5

UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
5	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	5.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio degli indicatori previsti dagli obiettivi di salute e funzionamento 2019-2020: a) Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici b) N. Medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati) con trasmissione all'UOC Coordinamento Staff strategico /Direzione aziendale secondo la tempistica richiesta	5	SI	SI (allegare report)	a) 516/1.128 =45,74% b) 144.053/516 = 279 SI	5
6	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	6.1	Supporto alla UOS Coordinamento Gestionale Screening per l'aggiornamento della Banca dati anagrafica	5		SI (relazione)	SI	5
7	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	7.1	Realizzazione delle attività finalizzate all'acquisizione/caricamento dei consensi informati da parte delle strutture aziendali e rendicontazione dell'indicatore: % dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati	5		SI (allegare relazione e report)	SI	5
		7.2	Rendicontazione indicatore: % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	5		SI (allegare report)	SI	5
8	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	8.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	5		SI (allegare relazione)	SI	5
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	9.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scopenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: Rendicontazione dell'indicatore "N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico"	5		SI (allegare report)	SI	5
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

UOC Medicina legale e fiscale

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Partecipazione alle sedute del Comitato aziendale valutazione sinistri (CAVS)	4.1	N. sedute del CAVS in cui partecipa componente dell'UOC Medicina legale e fiscale / N. sedute CAVS tenute in Azienda	40	25/25 100%	100%	32/32 100%	40
5	Garanzia dei tempi di risposta nell'attività del Collegio medico	5.1	N. giudizi collegiali inoltrati all'Ente committente entro 20 gg dall'effettuazione della visita/N. totale richieste pervenute	45	251 /251 100%	100%	346/346 100%	45
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

UOC Integrazione socio-sanitaria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure domiciliari e nei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio	4.1	N. pazienti con segnalazione di dimissione protetta da parte degli Uffici territoriali / dato medio biennio 2017-2018	10	6.736 / 6.170 >100%	≥ 105%	7.032/6.453 109%	10
		4.2	N. pazienti con presa in carico territoriale / N. pazienti segnalati per dimissione protetta dagli Uffici territoriali	10	87%	≥ 80%	16.025/18.948 85%	10
		4.3	N. pazienti assistiti in ADI > 65 anni nel 2019 / dato medio biennio 2017/2018	10	14.781 / 12.767 >100%	≥ 105%	16.548/14.366 115%	10
5	Disabilità e non autosufficienza: Presa in carico pazienti non autosufficienti nelle Cure residenziali e nel percorso di continuità assistenziale RSA – territorio-	5.1	N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani inseriti in ADI / N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani	15	371/954 39%	≥ 35%	496/1.039 48%	15
6	Sistema informativo integrato e cartella socio-sanitaria informatizzata per la realizzazione di servizi e prestazioni socio-sanitarie integrate	6.1	Sviluppo e/o integrazione dei software delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione: Definizione programmazione e realizzazione attività previste per il 2019	20		SI (allegare relazione)	SI	20
7	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	7.1	Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		SI (allegare procedura)	SI	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	SI	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.C – Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza: N. valutazioni multidimensionali domiciliari / N. valutazioni multidimensionali totali	5		≥80%	16.025/18.948 84,6%	5
8	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	8.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

UOC Ospedalità Pubblica								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015)"Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	4.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 e realizzazione di audit con gli attori coinvolti	15	SI	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	15
5	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	5.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	5	SI	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	5
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2): Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	6.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) /N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	5	SI	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	5
7	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.3): Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dal ricovero	7.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI /N. totale di IMA STEMI diagnosticati	5	SI	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	5
8	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4): Programma Nazionale Esiti:Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	8.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	5	SI	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	5

UOC Ospedalità Pubblica								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA)	9.1	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	15		Si (allegare report)	SI	15
10	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	10.1	Intervento 2.4.A: Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA) : N.cartelle cliniche sottoposte a controlli / N. cartelle campionate dall'Assessorato della salute e disponibili	15	5.948 / 5.948 100%	100%	4.411/4.411 100%	15
		10.2	Intervento 2.5.A: Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE: Coordinamento dell'attività di audit per le strutture segnalate dall'Assessorato della salute e trasmissione dei risultati a quest'ultimo congiuntamente alla Direzione aziendale	15	SI	Si (allegare report)	0/0 SI	15
11	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	11.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

UOC Ospedalità Privata								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1): Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni	4.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	SI	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	10
5	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.2): Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	5.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) /N. totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	10	SI	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	10
6	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.3): Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dal ricovero	6.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI /N. totale di IMA STEMI diagnosticati	10	SI	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	10
7	Esiti (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4): Programma Nazionale Esiti:Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	7.1	Monitoraggio trimestrale dell'indicatore: N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg / N. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	10	SI	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Coordinamento Staff Strategico)	SI	10
8	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA)	8.1	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	10		SI (allegare report)	SI	10
9	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	9.1	Trasmissione report interventi di competenza Case di Cura accreditate	10		SI (allegare report)	SI	10
		9.2	Intervento 2.4.A: Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA) : N.cartelle cliniche sottoposte a controlli / N. cartelle campionate dall'Assessorato della salute e disponibili	20	3.417/3.417 100%	100%	4.064/4.064 100%	20
10	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	10.1	Trasmissione dei flussi informativi ricevuti dalle Case di Cura private accreditate previo controllo logico-formale	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

UOC Coordinamento assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Verifica dell'applicazione della direttiva aziendale "Assistenza protesica e integrativa: applicazione DPCM 12/01/2017 (Nuovi LEA)" - prot.n.11968/CARAD del 17/07/2018	4.1	N.di richieste di acquisto diretto trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC CARAD per l'inoltro all'UOC Provveditorato per le quali è stato effettuato il controllo preventivo sulla corretta applicazione della direttiva / N. di richieste di acquisto diretto trasmesse dagli Uffici Distrettuali all'UOC CARAD per l'inoltro all'UOC Provveditorato.	35		80%	72/72 100%	35
5	Effettuazione dei controlli di appropriatezza sulla gestione dei pazienti minori in carico per progetti riabilitativi ai centri di Riabilitazione ex art. 26	5.1	N. centri riabilitativi ex art. 26 presso cui sono stati eseguiti controlli per la valutazione di appropriatezza e congruità nella gestione dei progetti riabilitativi dei pazienti minori in carico al centro / N. totale centri di riabilitazione ex art. 26 che hanno in carico pazienti minori	40	8/15 53%	>= 50%	9/15 60%	40
6	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	6.1	Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare procedura)	SI	5
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
7	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	7.1	UOC Gestione Giuridica e Sviluppo Organizzativo	25	100%	100%	100%	25
		7.2	UOC Gestione Economica e Previdenziale	25	100%	100%	100%	25
		7.3	UOC Trattamento Economico Personale convenzionato	10	100%	100%	100%	10
		7.4	UOC Affari Generali e Convenzioni	25	100%	100%	100%	25
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali: UOC Gestione Giuridica e Sviluppo Organizzativo								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1	≤ 1	≤ 1	10
4	Verifiche sul personale in part-time: Richiesta ai dipendenti interessati di dichiarazione sostitutiva di espletamento o meno di altra attività lavorativa	4.1	N. dichiarazioni sostitutive pervenute / N. dipendenti della Dirigenza a tempo ridotto	20	4 / 4 100%	100%	8 / 8 100%	20
		4.2	N. dichiarazioni sostitutive pervenute /N. dipendenti del Comparto in part-time	20	67 / 67 100%	100%	55 / 55 100%	20
6	Pubblicazione su PERLA PA (se attivata la relativa funzione) e sul sito web dei bandi di concorso (art.54 c.1 Let.f D.Lgs.n.82/2005)	6.1	N. bandi pubblicati sul sito web / N. bandi concorsi emanati	10	9 / 9 100%	100%	16 / 16 100%	10
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	7.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/05/2019): intervento F1P13 "Reclutamento veloce di personale in sostituzione (infermieri, OSS e Ausiliari) per i PS": - Utilizzare le graduatorie di personale a tempo determinato, ove già esistenti; - Avvisi ad hoc pubblicati sul sito internet per il reclutamento veloce.	30		Si (allegare relazione)	SI	30
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali: UOC - Gestione Economica e Previdenziale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1	≤ 1	≤ 1	10
4	Personale Dipendente Rispetto delle scadenze e delle informazioni secondo le modalità indicate nel D.A. del 29 febbraio 2012 ex art.79	4.1	<i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	10	20/20 = 100%	20/20 = 100%	20/20 = 100%	10
		4.2	Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	10	Si	Si	Si	10
		4.3	N. campi inseriti / N. ampi alimentabili	10	107 / 107 100%	100%	107 / 107 100%	10
5	Personale Dipendente Invio delle tabelle del Prospetto di raccordo Flusso del Personale - Modello CE 2016	5.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0%delta non giustificato per ogni trimestre	10	SI	Si	Si	10
6	Personale Dipendente Produzione del monitoraggio trimestrale dell'andamento del personale (unità e costi) nell'ambito degli adempimenti del Programma Operativo in coerenza con le risultanze del Flusso del Personale: sottoscrizione/certificazione	6.1	Coerenza monitoraggio trimestrale con le risultanze del flusso: 0% delta non giustificato tra unità di personale rilevate nella Tabella D.1.2 e dal Flusso per ogni trimestre	10	SI	Si	Si	10

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali: UOC - Gestione Economica e Previdenziale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
7	Contenimento della spesa per il personale (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a1 e 3a2)	7.1	Relazione relativa al Rispetto del tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art.1 della legge 23 dicembre 2014 n. 190 che, modificando il comma 3 dell'art. 17 del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n. 111, ha esteso fino al 2020 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge n.191/2009	10		Si (allegare relazione)	Si	10
		7.2	Relazione relativa al Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del DI. 31 maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato	10		Si (allegare relazione)	Si	10
8	Contenimento della spesa: Utilizzo somme DA n.2726/2017 e DA n.1839/2018 (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a4) Per l'Area di emergenza e urgenza e per il Pronto soccorso, attivazione delle procedure connesse al completo utilizzo delle somme assegnate a valere sulle risorse residue accantonate nella G.S.A. per gli anni 2017/2018, di cui ai DD.AA. n. 2726 del 22 dicembre 2017 e n. 1839 del 12 ottobre 2018, per l'adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dal D.A. 890/2002, secondo la seguente tempistica: 31 dicembre 2019 Progettazione esecutiva i; 31 dicembre 2020 Avvio lavori	8.1	Attivazione procedure di competenza come richiesto con nota ASP/13998/2019 del 03/04/2019	0		Si (allegare relazione)	obiettivo stralciato	0
totale peso				90				90
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali: UOC -Trattamento Economico Personale Convenzionato								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1	≤ 1	≤ 1	10
4	Personale Convenzionato Invio del Flusso istituito dal progetto art.79 secondo le modalità e la tempistica indicata nel D.A. dell'8 luglio 2013	4.1	<i>Elaborazione e trasmissione in autonomia di 5 / 5 tabelle previste ogni trimestre:</i> N.tabelle trasmesse in autonomia / N. tabelle previste	20	20/20 = 100%	20/20 = 100%	20/20 = 100%	20
		4.2	Rispetto della tempistica prevista nel disciplinare tecnico per ogni trimestre	20	Sì	Sì	Sì	20
		4.3	N. campi inseriti / N. ampi alimentabili con gli strumenti disponibili	20	89 / 89 100%	100%	89 / 89 100%	20
5	Personale Convenzionato Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo tra i dati contenuti nel flusso del personale e i dati esposti nel Modello CE	5.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.E – CE: 0% delta non giustificato per ogni trimestre.	20	Sì	Sì	Sì	20
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali: UOC Affari Generali e Convenzioni								
N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Importo budget utilizzato rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	10	≤ 1	≤ 1	≤ 1	10
4	Rispetto della tempistica delle attività di competenza	4.1	N. proposte di delibere per corsi O.S.S. predisposte entro 30 gg dall'acquisizione di tutta la documentazione/ N° proposte di delibere di convenzioni per corsi O.S.S. predisposte	25	6 / 6 100%	100%	8 / 8 100%	25
		4.2	N. note predisposte per sostituzione personale SAS entro 15 gg. dalla ricezione delle richieste / N. richieste sostituzione personale SAS pervenute	30	8 / 8 100%	100%	2 / 2 100%	30
5	Predisposizione proposte di delibere per accettazione donazioni	5.1	N. proposte di delibere accettazione donazioni predisposte /N. richieste di donazioni pervenute e autorizzate dalla Direzione Aziendale	25	4 / 4 100%	100%	2 / 2 100%	25
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5) (UOS Informatica aziendale e gestione collegamenti)	4.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/05/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	20		Si (allegare relazione)	SI	20
5	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8) (UOS Informatica aziendale e gestione collegamenti)	5.1	% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	20		> 10%	5,14% giustificato	20
6	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	6.1	Monitoraggio e relazione complessiva sull'obiettivo	10		Si (allegare relazione)	SI	10
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Bilancio e programmazione	5	100%	100%	100%	5
		8.2	UOC Contabilità analitica e patrimoniale	5	100%	100%	100%	5
		8.3	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	5	100%	100%	85%	4,25
		8.4	UOC Progettazione e manutenzione	5	100%	100%	100%	5
		8.5	UOC Provveditorato	5	100%	100%	100%	5
		8.6	UOC Logistica e gestione servizi esternalizzati	5	100%	100%	100%	5
totale peso				100				99,25
% performance organizzativa raggiunta								99,25%

Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico: UOC Bilancio e programmazione								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	3.1	Trasmissione alla Piattaforma SIS dei modelli CE, per l'inserimento nella piattaforma NSIS, entro le scadenze previste dalle normative vigenti.	15		Si (allegare report)	SI	15
		3.2	Predisposizione del modello SP entro la scadenza prevista dalle normative vigenti.	15	SI	Si (allegare report)	SI	15
4	Predisposizione in tempo utile dei documenti di bilancio (previsionale e consuntivo)	4.1	Predisposizione del bilancio previsionale anno 2019 secondo le direttive dell'Assessorato Regionale della Salute	15	SI	Si (allegare report)	SI	15
		4.2	Predisposizione del bilancio consuntivo 2018 entro la scadenza prevista dalla normativa regionale vigente	15	SI	Si (allegare report)	SI	15
5	Equilibrio di bilancio (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	5.1	Relazione sul Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore regionale per la Salute	10		Si (allegare relazione)	SI	10
6	Contenimento della spesa: Utilizzo somme DA n.2726/2017 e DA n.1839/2018 (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a4) Per l'Area di emergenza e urgenza e per il Pronto soccorso, attivazione delle procedure connesse al completo utilizzo delle somme assegnate a valere sulle risorse residue accantonate nella G.S.A. per gli anni 2017/2018, di cui ai DD.AA. n. 2726 del 22 dicembre 2017 e n. 1839 del 12 ottobre 2018, per l'adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dal D.A. 890/2002, secondo la seguente tempistica: 31 dicembre 2019 Progettazione esecutiva i; 31 dicembre 2020 Avvio lavori	6.1	Attivazione procedure di competenza come richiesto con nota ASP/13998/2019 del 03/04/2019	10		Si (allegare relazione)	SI	10
7	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	7.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	0		Si (allegare relazione)		0
totale peso				90				90
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico: UOC Contabilità analitica e patrimonio								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Riorganizzazione della contabilità analitica	3.1	Adeguamento della contabilità analitica al DDG 835/2014 "Linee guida per l'implementazione della metodologia regionale uniforme di Controllo di Gestione"	15	SI	SI (allegare relazione)	SI	15
4	Equilibrio di bilancio (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	4.1	Assegnazione dei budget economici annuali alle strutture aziendali con vincolo di non poter superare le somme assegnate	15		SI (allegare report)	SI	15
		4.2	Monitoraggio somme spese rispetto al budget assegnato	5		SI (allegare relazione)	SI	5
5	Aggiornamento Piano dei centri di costo	5.1	Rilevazione incongruenze, correzione e aggiornamenti del piano dei centri di costo aziendale adottato con delibera n.792 del 30/11/2016	15	SI	SI (allegare relazione)	SI	15
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	10		SI (allegare relazione)	SI	10
7	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	7.1	Aggiornamento anagrafica CRIL sul sistema C4H	10		SI (allegare procedura)	SI	10
		7.2	Trasmissione del flusso CRIL aggiornato secondo indicazioni di modalità e tempistica del DDG n.2061 del 27/10/2016	10	SI	SI (allegare relazione)	SI	10
		7.3	Trasmissione del flusso COA aggiornato secondo indicazioni di modalità e tempistica del DDG n.63 del 13/01/2017	10	SI	SI (allegare relazione)	SI	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico: UOC Contabilità generale e gestione tesoreria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento delle procedure di registrazione delle fatture e dei mandati di pagamento del "Ciclo Passivo"	3.1	N. fatture emesse da Fornitori registrate e pagate nei tempi previsti dalla normativa / N. totale fatture emesse da Fornitori	15	90%	≥ 90%	73.820/83.683 88,21%	0
		3.2	Produzione di report e relazione semestrale per la Direzione Amministrativa sulle fatture non pagate nei tempi previsti dalla normativa	15	SI	SI (allegare relazione)	SI	15
4	Incremento incasso sui crediti	4.1	Incremento % incasso su crediti rispetto all'anno 2018	15	>10%	> = 10%	>15%	15
5	Contabilità separata per prestazioni in ALPI.	5.1	Elaborazione di report semestrale aggiornato per ciascuna struttura erogatrice delle prestazioni in ALPI, con relativa valorizzazione, estratto dalla procedura Dedalus WHR	10		SI (allegare report)	SI	10
6	Riorganizzazione del procedimento di liquidazione e pagamento delle fatture	6.1	Monitoraggio procedure previste nel regolamento contabile (ancora da adottare)	5		SI (allegare report)	SI	5
		6.2	Sistema di monitoraggio attraverso scadenziario per settore liquidatore con evidenziazione dei ritardi	10	SI	SI (allegare report)	SI	10
7	Parificazione casse economali	7.1	Verifiche casse ticket ed economali nella misura di almeno il 50% nel corso dell'anno	10		SI (allegare report)	SI	10
8	Miglioramento servizi all'utenza	8.1	Invio automatico avvisi di pagamento all'atto dell'emissione dell'ordinativo o in subordine creazione portale fornitori su procedura Dedalus su C4H	10		SI	SI	10
totale peso				100				85
% performance organizzativa raggiunta								85%

Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico: UOC Progettazione e manutenzione								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	3.1	N.procedure acquisti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) con motivazioni che hanno impedito il ricorso esclusivo a CONSIP e ME.Pa. e alla Centrale Unica di Committenza/ N.procedure acquisti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) effettuate senza il ricorso esclusivo a CONSIP e ME.Pa. e alla Centrale Unica di Committenza	25	100%	100%	100%	25
		3.2	N. procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza con motivazioni che hanno richiesto il ricorso a tale tipo di procedura / N. procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza	25	4/4 100%	100%	7 / 7 100%	25
4	Decreto Assessorato della salute 12 agosto 2011: Approvazione dei nuovi standard Joint Commission per la gestione del rischio clinico: QPS. 8 Identificazione e analisi dei near miss	4.1	N. relazioni redatte e trasmesse all'UO Risk Management relative al sopralluogo effettuato a seguito della richiesta di intervento da parte dell'U.O. Risk management con le specifiche e la tempistica dell'intervento, inviate entro 2 giorni lavorativi successivi alla richiesta / N. richieste di intervento pervenute dall' U.O. Risk Management.	20	1/1 100%	>= 90%	1/1 100%	20
5	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	5.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	SI	10
6	Contenimento della spesa: Utilizzo somme DA n.2726/2017 e DA n.1839/2018 (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a4) Per l'Area di emergenza e urgenza e per il Pronto soccorso, attivazione delle procedure connesse al completo utilizzo delle somme assegnate a valere sulle risorse residue accantonate nella G.S.A. per gli anni 2017/2018, di cui ai DD.AA. n. 2726 del 22 dicembre 2017 e n. 1839 del 12 ottobre 2018, per l'adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dal D.A. 890/2002, secondo la seguente tempistica: 31 dicembre 2019 Progettazione esecutiva i; 31 dicembre 2020 Avvio lavori	6.1	Attivazione procedure di competenza come richiesto con nota ASP/13998/2019 del 03/04/2019	10		Si (allegare relazione)	SI	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico: UOC Provveditorato								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	3.1	N° procedure acquisti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) con motivazioni che hanno impedito il ricorso esclusivo a CONSIP e ME.Pa. e alla Centrale Unica di Committenza / N° procedure acquisti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) effettuate senza il ricorso esclusivo a CONSIP e ME.Pa. e alla Centrale Unica di Committenza	15	16/16 100%	100%	7 / 7 100%	15
		3.2	N° procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza con motivazioni che hanno richiesto il ricorso a tale tipo di procedura / N° procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza	15	12/12 100%	100%	0/0 100%	15
		3.3	N° contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe con motivazioni che hanno impedito l'avvio e/o la definizione di nuova procedura / N° contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe	15	7/7 100%	100%	27 / 27 100%	15
4	Caricamento contratti su sistema informatico C4H	4.1	N° contratti caricati sul Sistema / N° contratti sottoscritti dalle parti	25		100%	363 / 363 100%	25
5	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	5.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	SI	10
6	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	6.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	10		Si (allegare relazione)	SI	10
				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie , Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico: UOC Logistica e gestione servizi esternalizzati								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Contenimento della spesa per beni e servizi: rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3a3)	3.1	N. contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe con motivazioni che hanno impedito l'avvio e/o la definizione di nuova procedura /N. contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe	40	1/1 100%	100%	0/0 100%	40
4	Monitoraggio della procedura relativa alle richieste di intervento pervenute alla UOC	4.1	N° richieste evase secondo le procedure stabilite / N° richieste di intervento pervenute alla UOC (per ciascuna delle linee d'intervento individuate)	40	58/58 100%	100%	232 / 232 100%	40
5	Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 9)	5.1	Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	10		SI (allegare relazione)	SI	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)									
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito	
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5	
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5	
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	nessuna segnalazione 0/0 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	nessuna segnalazione 0/0 100%	5	
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4=100% 1) 62/62 2) 62/62 3) 62/62	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	4/4 =100% 1) 35/35 2) 35/35 3) 59/59	5	
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	1/1 * 369 / 369 100%	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	1/1 * 343 /343 100%	5	
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	26/26 100%	5	
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	non relazionato	0	

Distretto Sanitario n.33 di Cefalù (UOC)										
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito		
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalla nota n.2558/CSS del 27/11/2019 (vedi scheda allegata)	10		SI (allegare relazione)	SI	10		
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	1.340 /1.396 96%	>=80%	dato non pervenuto	0		
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	relazione	10		
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	358	5		
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	non relazionato	0		
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	450 /450 100%	5		
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		SI (allegare relazione)	SI	5		
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	100%	5		
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	321/385 83%	4,15		
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5		
totale peso				100				84,15		
								% performance organizzativa raggiunta		84,15%

Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	<1	5
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	D.M. 4/4 Sc.Card. 4/4 BPCO 0/0 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 0/0 Sc.Card. 24/24 BPCO 1/1 100%	5
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	2/2 100% 1) 140/140 2) 140/140 3)138/142	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	2/2 100% 1) 232/232 2) 232/232 3) 232/240	5
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	1/1 * 260 / 260 100%	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	1/1 * 193 /256 100%	5
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	25/34 73,5%	5
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	14.815/34=435 >100	5

Distretto Sanitario n.34 di Carini (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalla nota n.2558/CSS del 27/11/2019 (vedi scheda allegata)	10		SI (allegare relazione)	SI	10
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	776/776 100%	>=80%	934/934 100%	5
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	> 3%	10
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	179	5
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	D.M. 252/279 Sc.Car.0/0 BPCO 50/50 96,66%	5
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	279/279 100%	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		SI (allegare relazione)	SI	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	100%	5
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	365/ 324 >100%	5
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	<1	5
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	D.M. 56/66 Scomp.Card.7 5/88 BPCO 79/87 83,67%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 91/103 Scomp.Card.64/77 BPCO 23/25 87,66%	5
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 1) 65/65 2) 79/79 3) 57/57 100%	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	3/3 1) 31/32 2) 31/32 3) 31/32 97%	5
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	1/1 *68/68 100%	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	1/1 * 129/129 100%	5
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	21/21 100%	5
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	7.184/21=342	5

Distretto Sanitario n.35 di Petralia Sottana (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalla nota n.2558/CSS del 27/11/2019 (vedi scheda allegata)	10		Si (allegare relazione)	SI	10
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	472/472 100%	>=80%	470/470 100%	5
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	>3%	10
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	86	5
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	D.M. 140/148 Scomp.Card.60/69 BPCO 70/86 88%	5
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaci a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	D.M. 310/332 Scomp.Card.30/30 97%	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare relazione)	Si	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	100%	5
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	243/243 100%	5
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	<1	5
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	D.M. 1/1 Scomp.Card. 3/3 BPCO 2/2 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 2/2 Scomp.Card. 1/1 BPCO 1/1 100%	5
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	3/3 1) 27/27 2) 26/26 3) 27/27 100%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	4/4 1) 30/30 2) 30/30 3) 30/30 100%	5
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	1/1 * 318/318 100%	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	1/1 * 144/144 100%	5
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	27/37 73%	5
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	18.216/27=675	5

Distretto Sanitario n.36 di Misilmeri (UOC)

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalla nota n.2558/CSS del 27/11/2019 (vedi scheda allegata)	10		Si (allegare relazione)	Si	10
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	583/691 84,37%	>=80%	92%	5
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	relazione	10
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	100%	5
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	D.M. 50/50 Scomp.Card. 34/34 BPCO 21/21 100%	5
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	181 / 197 92%	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare relazione)	SI	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	100%	5
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	243/243 100%	5
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	<1	5
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	D.M. 2/2 Sc.Card. 0/0 BPCO 5/5 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 31/31 Sc.Card. 5/5 BPCO 6/6 100%	5
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 100% 1)181/181 2) 171/181 3) 161/161	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	6/6 1)261/261 2) 251/260 3) 251/251 98,66%	5
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	2/2 *213/224 95%	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	2/2 *2.724/5.432 50,15%	3,13
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	28/30 90,3%	5
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	17.079/28=610	5

Distretto Sanitario n.37 di Termini Imerese (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalla nota n.2558/CSS del 27/11/2019 (vedi scheda allegata)	10		Si (allegare relazione)	SI	10
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	891/943 95%	>=80%	1064/1100 96,72%	5
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	> 3%	10
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	87	5
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	D.M. 11/11 BPCO 22/22 Scm.Car. 1/1 100%	5
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	60/60 100%	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare relazione)	SI	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	100%	5
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	100%	5
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				98,13
% performance organizzativa raggiunta								98,13%

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	nessuna segnalazione 0/0	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	2/2 100%	5
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	6/7 85,71% 1)154/154 2)161/161 3)161/161	≥= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	6/7 85,71% 1)169/169 2)169/169 3)169/169	5
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	1/1 * 356/356 100%	≥= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	1/1 * 660/660 100%	5
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	29/29 100%	5
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	7.453/29=257	5

Distretto Sanitario n.38 di Lercara Friddi (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalla nota n.2558/CSS del 27/11/2019 (vedi scheda allegata)	10		Si (allegare relazione)	Si	10
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	487/573 85%	>=80%	515/606 85%	5
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	> 3%	10
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	141	5
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	335/335 100%	5
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	1.192/1.208 98,7%	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		Si (allegare relazione)	SI	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	100%	5
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (sommministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	351/351 100%	5
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	D.M. 2/2 Sc.Card.3/3 BPCO 0/0 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 3/3 Sc.Card.6/6 BPCO 1/1 100%	5
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	4/4 1) 233/233 2) 224/233 3) 222/222 100%	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	4/4 1) 261/261 2) 258/261 3) 261/261 99,66%	5
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	5	1/1 *401/401 100%	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	1/1 *369/369 100%	5
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	41/41 100%	5
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	17.551/41 = 428	5

Distretto Sanitario n.39 di Bagheria (UOC)									
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito	
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalla nota n.2558/CSS del 27/11/2019 (vedi scheda allegata)	10		SI (allegare relazione)	SI	10	
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	1.172/1.302 90%	>=80%	1.374/1.527 90%	5	
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	> 3%	10	
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	119	5	
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	D.M. 283/283 Sc.Card.136/136 BPCO 53/53 100%	5	
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLIGATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	D.M. 146/146 Sc.Card. 49/49 100%	5	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		SI (allegare relazione)	SI	5	
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	100%	5	
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	558/558 100%	5	
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5	
totale peso				100				100	
							% performance organizzativa raggiunta		100%

Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	D.M. 5/5 Sc.car. 11/11 BPCO 12/12 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 10/10 Sc.car. 13/13 BPCO 24/24 100%	5
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	10	4/4 1) 81/81 2) 81/81 3) 81/81 100%	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	4/4 1) 90/90 2) 90/90 3) 90/90 100%	10
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	0	nessun ambulatorio	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	nessun ambulatorio	0
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	30/31 96,7%	5
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	16.834/31 543	5

Distretto Sanitario n.40 di Corleone (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalla nota n.2558/CSS del 27/11/2019 (vedi scheda allegata)	10		SI (allegare relazione)	SI	10
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	472/472 100%	>=80%	405/405 100%	5
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	> 3%	10
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	99	5
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	1.141/1.161 98,27%	5
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	874/874 100%	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		SI (allegare relazione)	SI	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	100%	5
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (sommministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	148/148 100%	5
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	D.M. 82/82 Sc.Car.38/38 BPCO 64/64 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 41/41 Sc.Car.11/11 BPCO 0/0 100%	5
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	10	1/1 1) 207/207 2) 206/206 3) 207/207 100%	>= 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	1/1 1) 230/230 2) 230/230 3) 230/230 100%	10
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * (redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello)	0	1/1 * 202/202 100%	>= 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	nessun pneumologo	0
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	19/20 95%	5
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	>100	5

Distretto Sanitario n.41 di Partinico (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalla nota n.2558/CSS del 27/11/2019 (vedi scheda allegata)	10		SI (allegare relazione)	SI	10
9	Disabilità e non autosufficienza	9.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	5	840 / 936 89%	>=80%	1.441/1.441 100%	5
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	10		>= 3% aziendale (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	>3%	10
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	259	5
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	582 / 582 100%	5
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	5		>=90%	250/250 100%	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	5		SI (allegare relazione)	SI	5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	5		100%	100%	5
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	5		100%	207 / 207 100%	5
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche (per il Poliambulatorio PA Centro)	4.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	5	0/0 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 1/1 Sc.Car.1/1 100%	5
5	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (per il Poliambulatorio PA Centro) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	5	5/5 1) 352/352 2) 352/352 3) 354/354 100%	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	5/5 1) 391/391 2) 391/391 3) 403/403 100%	5
6	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (per il Poliambulatorio PA Centro) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	6.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale,raccomandazione antipnemococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello	5	1/1 *58/58 100%	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	3/3 *453/453 100%	5
7	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	7.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	48/49 98%	5
		7.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	>100	5

Distretto Sanitario n.42 Palermo (UOC)								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
8	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	8.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalla nota n.2558/CSS del 27/11/2019 (vedi scheda allegata)	5		Si (allegare relazione)	SI	5
9	Ambulatori infermieristici	9.1	Elaborazione disegno sperimentale sulla rivisitazione organizzativa e riqualificazione degli ambulatori infermieristici in relazione ai percorsi dei pazienti cronici	5	SI	Si (allegare relazione con piano delle attività e stato di attuazione)	SI	5
10	Screening oncologici (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1)	10.1	Aumento del tasso di adesione complessivo degli screening oncologici, rispetto al 2018, attraverso il coinvolgimento dei MMG ed eventuali altre azioni ritenute utili, previa condivisione con le UU.OO. di screening	5		>= 3% (il peso verrà attribuito proporzionalmente al raggiungimento del valore atteso)	>3%	5
11	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	11.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=350	633	5
12	Miglioramento dell'empowerment del paziente	12.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	5		>=80%	1006/1006 100%	5
13	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 3 (assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e privacy)	13.1	Realizzazione dell'intervento 3.1.A – Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA)>=6,5 Progetto IGEA; Scompensati Cardiaca a media complessità classificati in II° classe NYHA: N. Diabetici e Scompensati cardiaca arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico	2,5		>=90%	2.277/2.287 99,6%	2,5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.A – Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità: Formalizzazione della procedura	2,5		SI (allegare relazione)	SI	2,5
			Realizzazione dell'intervento 3.3.B – Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalla Direttive Assessoriali: Tempestivo pagamento del 100%	2,5		100%	100%	2,5
14	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 (qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti)	14.1	Realizzazione dell'intervento 2.2.A – Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma	2,5		100%	1.328/915 >100%	2,5
15	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	15.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
16	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	16.1	UOC PTA "Biondo"	5		100%	100%	5
		16.2	UOC PTA "Casa del Sole"	5		100%	100%	5
		16.3	UOC PTA "E. Albanese"	5		100%	100%	5
		16.4	UOC PTA "Guadagna"	5		100%	100%	5
			totale peso	100				100
						% performance organizzativa raggiunta		100%

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Biondo"								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	3.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	D.M. 8/8 Scom.Car.43/43 BPCO 12/12 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	72/72 100%	15
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	10	3/3 100% 1) 448/448 2) 431/431 3) 440/457	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	3/3 100% 1) 458/458 2) 434/434 3) 459/479	10
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * <i>redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale,raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello</i>	10	3/3 100% *500/500	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	3/3 100% *639/807	10

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Biondo"								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	38/39 97,4%	5
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	40.799/38 =1.074	5
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019-GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalla nota n.2558/CSS del 27/11/2019 (vedi scheda allegata)	15		SI (allegare relazione)	SI	15
8	Disabilità e non autosufficienza	8.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	2.298/2.298 100%	>=80%	2.502/2.502 100%	10
9	Ambulatori infermieristici	9.1	Elaborazione disegno sperimentale sulla rivisitazione organizzativa e riqualificazione degli ambulatori infermieristici in relazione ai percorsi dei pazienti cronici, sulla base delle indicazioni della direzione del Distretto sanitario	10	SI	SI (allegare relazione con piano delle attività e stato di attuazione)	SI	10
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	213 / 213 100%	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

**Distretto Sanitario n.42 Palermo:
UOC PTA "Casa del Sole"**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	3.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	D.M. 12/12 Sc.Card. 21/21 BPCO 0/0 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 3/3 Sc.Card. 38/38 BPCO 0/0 100%	15
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	20	2/2 100% 1) 57/57 2) 55/57 3) 55/55	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	2/2 100% 1) 31/31 2) 30/31 3) 30/31	20
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale,raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello	0	nessun pneumologo	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	nessun pneumologo	0

**Distretto Sanitario n.42 Palermo:
UOC PTA "Casa del Sole"**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito	
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	14/17 82%	5	
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	6.443/17=379	5	
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019-GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalla nota n.2558/CSS del 27/11/2019 (vedi scheda allegata)	15		Si (allegare relazione)	SI	15	
8	Disabilità e non autosufficienza	8.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	2.211/2.211 100%	>=80%	2.424/2.649 91,5%	10	
9	Ambulatori infermieristici	9.1	<i>obiettivo stralciato</i>						
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	38/38 100%	10	
totale peso				90				90	
								% performance organizzativa raggiunta	100%

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "E. Albanese"								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	3.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	D.M. 3/3 Sc.Car. 9/9 BPCO 0/0 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 0/0 Sc.Car. 12/12 BPCO 0/0 100%	15
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	10	2/3 1) 248/270 2) 248/270 3) 248/270 91,85%	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	1/2 1) 101/101 2) 101/101 3) 101/101 100%	10
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale, raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello	10	2/2 100% * 283/283	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	1/1 100% * 78/78	10

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "E. Albanese"								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	30/31 96,77%	5
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	1135	5
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalla nota n.2558/CSS del 27/11/2019 (vedi scheda allegata)	15		SI (allegare relazione)	SI	15
8	Disabilità e non autosufficienza	8.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	1.975/2.206 89,53%	>=80%	2.108/2.416 87,25%	10
9	Ambulatori infermieristici	9.1	Elaborazione disegno sperimentale sulla rivisitazione organizzativa e riqualificazione degli ambulatori infermieristici in relazione ai percorsi dei pazienti cronici, sulla base delle indicazioni della direzione del Distretto sanitario	10	SI	SI (allegare relazione con piano delle attività e stato di attuazione)	SI	10
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	73/89 82%	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Guadagna"								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche	3.1	N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute per cui si effettua da parte dello sportello del paziente cronico il contatto con il medico di medicina generale per la prenotazione di visita specialistica / N. segnalazioni di pazienti con dimissione facilitata per diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO pervenute dai PP.OO. dell'ASP o dalle Aziende ospedaliere	15	D.M. 9/9 Sc.Card. 38/38 BPCO 0/0 100%	≥ 80% (report distinto per diabete mellito,scompenso cardiaco e BPCO)	D.M. 340/340 Sc.Card. 547/547 BPCO 0/0 100%	15
4	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti che misurano gli indicatori relativi al percorso in calce specificati / N. specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati e dirigenti medici cardiologi dipendenti Indicatori: 1) N. di pazienti con FA con valutazione di score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. di pazienti con FA valutabili per fattori di rischio trombotico; 2) N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2; 3) N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK monitorati secondo percorso /N. di pazienti con FA trattati con NAO o AVK	20	2/2 100% 1) 173/173 2) 155/173 3) 171/173	≥ 80% (allegare report di monitoraggio con elenco dei cardiologi e risultati della misurazione degli indicatori per ciascun cardiologo)	2/2 100% 1) 223/223 2) 202/211 3) 205/209	20
5	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	5.1	N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti che misurano gli indicatori* di pertinenza dello pneumologo previsti dal Decreto Assessorato della salute / N. specialisti ambulatoriali pneumologi convenzionati e dipendenti * redazione piano di cura, raccomandazione vaccinazione antiinfluenzale,raccomandazione antipneumococcica, disassuefazione dal fumo con interventi di primo o secondo livello	0	Nessun pneumologo	≥ 80% (allegare report con i risultati della misurazione degli indicatori) N.B. In assenza di ambulatorio di pneumologia il peso verrà aggiunto a quello relativo all'obiettivo "Percorso per la prevenzione rischio di ictus nel paziente con FA"	Nessun pneumologo	0

Distretto Sanitario n.42 Palermo: UOC PTA "Guadagna"								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
6	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	6.1	Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	5		>30% (allegare relazione)	22/22 100%	5
		6.2	N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		>100 (allegare relazione)	15.309/22 =695	5
7	Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019-GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	7.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale e dalla nota n.2558/CSS del 27/11/2019 (vedi scheda allegata)	15		Sì (allegare relazione)	SI	15
8	Disabilità e non autosufficienza	8.1	N. pazienti inseriti in ADI per i quali si effettua la presa in carico con redazione di Piano assistenza individuale entro 3 giorni dalla segnalazione / N. pazienti inseriti in ADI	10	1.501 /1.501 100%	>=80%	1.701 /1.701 100%	10
9	Ambulatori infermieristici	9.1	Elaborazione disegno sperimentale sulla rivisitazione organizzativa e riqualificazione degli ambulatori infermieristici in relazione ai percorsi dei pazienti cronici, sulla base delle indicazioni della direzione del Distretto sanitario	10	SI	Sì (allegare relazione con piano delle attività e stato di attuazione)	SI	10
10	Miglioramento dell'empowerment del paziente	10.1	N. nuovi pazienti che ricevono un documentato intervento di empowerment per l'autogestione della propria condizione /N. nuovi pazienti con patologie croniche target (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) inseriti nel percorso di gestione integrata distrettuale (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	1.030 / 1.030 100%	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

**DO1 - P.O. "Civico" di Partinico e P.O. "Dei Bianchi" di Corleone:
UOC Coordinamento amministrativo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	≤ 1	5
4	Elaborazione procedura per l'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 40.000,00 (sotto soglia)	4.1	Redazione della procedura,monitoraggio dell'applicazione e trasmissione alla Direzione Amministrativa aziendale	45		SI (allegare procedura)	SI	45
5	Supporto alla informatizzazione dei PP.OO.	5.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (supporto al Dipartimento del Farmaco e alla Direzione medica di P.O.): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	30	non realizzato ma giustificato	SI (allegare relazione)	SI	30
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		SI (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

**DO2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese e P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana:
UOC Coordinamento amministrativo**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	≤ 1	5
4	Elaborazione procedura per l'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 40.000,00 (sotto soglia)	4.1	Redazione della procedura, monitoraggio dell'applicazione e trasmissione alla Direzione Amministrativa aziendale	45		SI (allegare procedura)	SI	45
5	Supporto alla informatizzazione dei PP.OO.	5.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (supporto al Dipartimento del Farmaco e alla Direzione medica di P.O.): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	30	non realizzato ma giustificato	SI (allegare relazione)	SI	30
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		SI (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

DO3 - P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo e Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo: UOC Coordinamento amministrativo								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5		≤ 1	≤ 1	5
4	Elaborazione procedura per l'acquisizione di beni e servizi per le necessità comuni ai PP. OO. Aziendali non ricompresi in contratti di fornitura a valenza aziendale per importi non superiori ad Euro 40.000,00 (sotto soglia)	4.1	Redazione della procedura, monitoraggio dell'applicazione e trasmissione alla Direzione Amministrativa aziendale	45		SI (allegare procedura)	SI	45
5	Supporto alla informatizzazione dei PP.OO.	5.1	Informatizzazione del magazzino di reparto (supporto al Dipartimento del Farmaco e alla Direzione medica di P.O.): - Magazzini di reparto ospedaliero informatizzati	30	non realizzato ma giustificato	SI (allegare relazione)	SI	30
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		SI (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Direzione Sanitaria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Prevenzione delle infezioni ospedaliere	4.1	Realizzazione di audit su casi di infezioni sostenute da germi multiresistenti con pianificazione di azioni di miglioramento	5		Si (allegare relazione)	SI	5
5	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	5.1	Monitoraggio dello stato di attuazione delle azioni di miglioramento approvate dalla Direzione aziendale e realizzazione di altre attività eventualmente previste dall'Assessorato della Salute	5		Si (allegare relazione)	SI	5
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	0,64 (2018) 0,49 (2019) =24%	1,71
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	SI	10
7	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	7.1	Realizzazione di 2 incontri (uno per semestre) con il Referente Qualità Rischio clinico di P.O e i Responsabili delle UU.OO. e del Coordinamento Amministrativo del P.O. (convocati con un anticipo minimo di una settimana) con esito di verbale che riporti le principali criticità individuate e documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	5		Si (allegare verbali)	SI	5
8	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	8.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida) per le UU.OO. non dipendenti da Dipartimenti sanitari	5		Si (allegare documento)	SI	5
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente	5		Si (allegare relazione)	SI	5

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Direzione Sanitaria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
10	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	10.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Si (allegare relazione)	SI	10
		10.2	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Si (allegare report)	SI	5
11	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65; sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	11.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente agli indicatori: -(sub-obiettivo 2.1) Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65; - (sub-obiettivo 2.4) Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	5		Si (allegare relazione)	SI	5
12	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	12.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5		Si (allegare relazione)	SI	5
13	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	13.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		Si (allegare report e relazione)	SI	5
14	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	14.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=200	319	5
15	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	15.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbilli, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5		>=70%	3/1 >100%	5
16	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	16.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				96,71
% performance organizzativa raggiunta								96,71%

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Medicina interna								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	60/60 100%	>=90%	62 / 62 100%	10
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	55/55 100%	>=90%	54 / 54 100%	10
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV		0/0	>=90%	obiettivo stralciato	
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	101/101 100%	>=90%	42 / 42 100%	10
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	174/174 100%	100%	49 / 49 100%	15
6	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	6.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	10
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	241/250 96,4%	10
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	0,64 (2018) 0,49 (2019) -24%	1,71
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Sì (allegare relazione)	SI	10
totale peso				90				86,71
% performance organizzativa raggiunta								96,35%

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Chirurgia generale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	20
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	100%	100%	300/252 >100%	25
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	20
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	SI	5
7	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	7.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	10	57/73 78,08%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	48/56 85,71% fonte BI	6,21
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	0,64 (2018) 0,49 (2019) =24%	1,71
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Sì (allegare relazione)	SI	5
totale peso				100				92,92
% performance organizzativa raggiunta								92,92%

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Cardiologia - UTIC								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	20	70/70 100%	>=90%	60 / 60 100%	20
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	20	58/58 100%	>=90%	51 / 51 100%	20
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	72/72 100%	100%	72/72 100%	15
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	15		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	15
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	nessun dato	0
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	7.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	0,64 (2018) 0,49 (2019) =24%	1,71
		7.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Sì (allegare relazione)	SI	5
totale peso				100				86,71
% performance organizzativa raggiunta								86,71%

Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Civico" di Partinico UOC Ortopedia e traumatologia								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	15		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	15
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	20	89/89 100%	100%	100 / 100 100%	20
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	15		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	15
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	SI	5
7	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015)"Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	7.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00	15	SI	Si (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica)	SI	15
8	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65	8.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	38/56 67,86%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	26/66 39,39%	0
9	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	9.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	0,64 (2018) 0,49 (2019) =24%	1,71
		9.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Si (allegare relazione)	SI	5
totale peso				100				86,71
% performance organizzativa raggiunta								86,71%

Distretto Ospedaliero n.1 – P.O. “Dei Bianchi” di Corleone UOS Funzioni igienico-organizzative								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Prevenzione delle infezioni ospedaliere	4.1	Realizzazione di audit su casi di infezioni sostenute da germi multiresistenti con pianificazione di azioni di miglioramento	5		Si (allegare relazione)	SI	5
5	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	5.1	Monitoraggio dello stato di attuazione delle azioni di miglioramento approvate dalla Direzione aziendale e realizzazione di altre attività eventualmente previste dall'Assessorato della Salute	5		Si (allegare relazione)	SI	5
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 50%	0,27 (2018) 0,11 (2019) 59%	5
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	SI	10
7	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	7.1	Realizzazione di 2 incontri (uno per semestre) con il Referente Qualità Rischio clinico di P.O e i Responsabili delle UU.OO. e un referente amministrativo del P.O. (convocati con un anticipo minimo di una settimana) con esito di verbale che riporti le principali criticità individuate e documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	5		Si (allegare verbali)	SI	5
8	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	8.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida) per le UU.OO. non dipendenti da Dipartimenti sanitari	5		Si (allegare documento)	SI	5
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente	5		Si (allegare relazione)	SI	5

Distretto Ospedaliero n.1 – P.O. “Dei Bianchi” di Corleone UOS Funzioni igienico-organizzative								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
10	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	10.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Si (allegare relazione)	SI	10
		10.2	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Si (allegare report)	SI	5
11	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65; sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	11.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente all'indicatore: - (sub-obiettivo 2.4) Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	5		Si (allegare relazione)	SI	5
12	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	12.1	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Si (allegare report)	SI	5
13	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	13.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		Si (allegare report e relazione)	12/16 = 75% n.medio=38	5
14	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	14.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	72	5
15	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	15.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5		>=70%	1 / 1 100%	5
16	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	16.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	Si	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone
UOC Medicina interna**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	14/14 100%	>=90%	10/10 100%	10
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	14/14 100%	>=90%	10/10 100%	10
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	7/7 100%	>=90%	8 / 8 100%	10
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	17/18 100%	>=90%	21 / 23 91,3%	10
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	27/27 100%	100%	27/27 100%	15
6	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	6.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	10
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	42/50 84%	10
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 50%	0,27 (2018) 0,11 (2019) 59%	5
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Sì (allegare relazione)	SI	10
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

**Distretto Ospedaliero n.1 - P.O. "Dei Bianchi" di Corleone
UOS Chirurgia generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	20
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	54/54 100%	100%	54/54 100%	25
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	20
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	SI	5
7	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	7.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	10	10/10 100%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	21 / 23 91,30% fonte BI	8,42
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 50%	0,27 (2018) 0,11 (2019) 59%	5
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Si (allegare relazione)	SI	5
totale peso				100				98,42
% performance organizzativa raggiunta								98,42%

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
UOS Direzione Sanitaria**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Prevenzione delle infezioni ospedaliere	4.1	Realizzazione di audit su casi di infezioni sostenute da germi multiresistenti con pianificazione di azioni di miglioramento	5		Si (allegare relazione)	SI	5
5	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	5.1	Monitoraggio dello stato di attuazione delle azioni di miglioramento approvate dalla Direzione aziendale e realizzazione di altre attività eventualmente previste dall'Assessorato della Salute	5		Si (allegare relazione)	SI	5
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	non raggiunto	0
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	SI	10
7	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	7.1	Realizzazione di 2 incontri (uno per semestre) con il Referente Qualità Rischio clinico di P.O e i Responsabili delle UU.OO. e del Coordinamento Amministrativo del P.O. (convocati con un anticipo minimo di una settimana) con esito di verbale che riporti le principali criticità individuate e documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	5		Si (allegare verbali)	SI	5
8	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	8.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida) per le UU.OO. non dipendenti da Dipartimenti sanitari	5		Si (allegare documento)	SI	5
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente	5		Si (allegare relazione)	SI	5

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
UOS Direzione Sanitaria**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
10	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	10.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		SI (allegare relazione)	SI	10
		10.2	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		SI (allegare report)	SI	5
11	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65; sub-obiettivo 2.4: Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	11.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente agli indicatori: -(sub-obiettivo 2.1) Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65; - (sub-obiettivo 2.4) Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	5		SI (allegare relazione)	SI	5
12	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	12.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5		SI (allegare relazione)	SI	5
13	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	13.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		SI (allegare report e relazione)	SI	5
14	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	14.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=200	251	5
15	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	15.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5		>=70%	0/0 100%	5
16	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	16.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				95
% performance organizzativa raggiunta								95%

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
UOC Medicina interna**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	66/68 97%	>=90%	82 / 89 92,13%	10
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	15/16 93,75%	>=90%	78 / 85 91,76%	10
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	17/17 100%	>=90%	34 / 34 100%	10
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	40/42 95%	>=90%	54 / 54 100%	10
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	93/93 100%	100%	120 / 120 100%	15
6	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	6.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	10
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	237 / 237 100%	10
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	0,37 (2018) 0,45 (2019) =22%	1,57
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10	SI	Sì (allegare relazione)	SI	10
totale peso				100				96,57
% performance organizzativa raggiunta								96,57%

**Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
UOC Chirurgia generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20		Sì (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	20
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	24/24 100%	100%	45 / 45 100%	25
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Sì (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	20
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	SI	5
7	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	7.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	10	37/43 86,05%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	10 / 11 90,91% fonte BI	8,26
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	0,37 (2018) 0,45 (2019) =22%	1,57
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Sì (allegare relazione)	SI	5
totale peso				100				94,83
% performance organizzativa raggiunta								94,83%

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Ortopedia e traumatologia								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	15		SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	15
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	20	36/36 100%	100%	36/36 100%	20
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	15		SI (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	15
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		SI (allegare relazione)	SI	5
7	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015) "Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	7.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00	15	SI	SI (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica)	SI	15
8	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65	8.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	89/107 83,18%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	92/134 68,66% fonte BI	2,52
9	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	9.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	0,37 (2018) 0,45 (2019) 22%	1,57
		9.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		SI (allegare relazione)	SI	5
totale peso				100				89,09
% performance organizzativa raggiunta								89,09%

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese UOC Otorinolaringoiatria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	25		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	25
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	99/99 100%	100%	99/99 100%	25
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	25		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	25
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	SI	5
7	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	7.1	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	SI	10
			totale peso	100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Direzione Sanitaria di Presidio								
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Prevenzione delle infezioni ospedaliere	4.1	Realizzazione di audit su casi di infezioni sostenute da germi multiresistenti con pianificazione di azioni di miglioramento	5		Si (allegare relazione)	SI	5
5	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.B)	5.1	Monitoraggio dello stato di attuazione delle azioni di miglioramento approvate dalla Direzione aziendale e realizzazione di altre attività eventualmente previste dall'Assessorato della Salute	5		Si (allegare relazione)	SI	5
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	79%	5
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	SI	10
7	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	7.1	Realizzazione di 2 incontri (uno per semestre) con il Referente Qualità Rischio clinico di P.O e i Responsabili delle UU.OO. e un referente amministrativo del P.O. (convocati con un anticipo minimo di una settimana) con esito di verbale che riporti le principali criticità individuate e documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	5		Si (allegare verbali)	1 (2019) 1 (2020)	5
8	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	8.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida) per le UU.OO. non dipendenti da Dipartimenti sanitari	5		Si (allegare documento)	SI	5
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente	5		Si (allegare relazione)	SI	5

Distretto Ospedaliero n. 2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana UOS Direzione Sanitaria di Presidio								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
10	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	10.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Si (allegare relazione)	SI	10
		10.2	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Si (allegare report)	SI	5
11	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65; sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	11.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente all'indicatore: - (sub-obiettivo 2.4) Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	5		Si (allegare relazione)	14 / 14	5
12	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	12.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5		Si (allegare relazione)	SI	5
13	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	13.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		Si (allegare report e relazione)	SI	5
14	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	14.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=70	263	5
15	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	15.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5		>=70%	0/0 100%	5
16	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	16.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

**Distretto Ospedaliero n.2 - P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana
UOC Medicina interna**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	127/127 100%	>=90%	149 / 149 100%	10
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	127/127 100%	>=90%	149 / 149 100%	10
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	10/10 100%	>=90%	8 / 8 100%	10
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	110/110 100%	>=90%	26 / 26 100%	10
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	112/112 100%	100%	126 / 126 100%	15
6	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	6.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		SI (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	10
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	139 / 139 100%	10
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	79%	5
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		SI (allegare relazione)	SI	10
totale peso				100				100
					% performance organizzativa raggiunta			100%

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Direzione Sanitaria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: ob 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: ob 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: ob 2a)	3.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1	≤ 1	≤ 1	5
4	Prevenzione delle infezioni ospedaliere	4.1	Realizzazione di audit su casi di infezioni sostenute da germi multiresistenti con pianificazione di azioni di miglioramento	5		Sì (allegare relazione)	SI	5
5	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas (ob. contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: ob11 - Area 2 - inter 2.2.B)	5.1	Monitoraggio dello stato di attuazione delle azioni di miglioramento approvate dalla Direzione aziendale e realizzazione di altre attività eventualmente previste dall'Assessorato della Salute	5		Sì (allegare relazione)	SI	5
6	Pronto Soccorso – Gestione del sovraccollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	6.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	>46% giustificato	5
		6.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraccollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Sì (allegare relazione)	SI	10
7	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	7.1	Realizzazione di 2 incontri (uno per semestre) con il Referente Qualità Rischio clinico di P.O e i Responsabili delle UU.OO. e del Coordinamento Amministrativo del P.O. (convocati con un anticipo minimo di una settimana) con esito di verbale che riporti le principali criticità individuate e documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	5		Sì (allegare verbali)	SI	5
8	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	8.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida) per le UU.OO. non dipendenti da Dipartimenti sanitari	5		Sì (allegare documento)	SI	5
9	Miglioramento dell'empowerment del paziente	9.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente	5		Sì (allegare relazione)	SI	5

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Direzione Sanitaria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
10	-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 3 (monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA) - Obiettivi contrattuali generali: obiettivo 2b (Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Decreto Assessorato della Salute 12 aprile 2019- GURS Suppl. Ord. Parte I 26 aprile 2019, predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n.266)	10.1	Attuazione interventi di competenza per la realizzazione del PRGLA secondo quanto previsto dal programma attuativo aziendale	10		Si (allegare relazione)	SI	10
		10.2	Monitoraggio ex post delle attività di ricoveri	5		Si (allegare report)	SI	5
11	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65; sub-obiettivo 2.4: Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	11.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio in itinere relativamente agli indicatori: -(sub-obiettivo 2.1) Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65; - (sub-obiettivo 2.3) PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati - (sub-obiettivo 2.4) Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	5		Si (allegare relazione)	s.ob.2.1 52/98=53,6% s.ob.2.3 62/70=88,57% s.ob.2.4 35/49=71,43%	5
12	Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.5.A)	12.1	Realizzazione attività secondo modalità indicate dall'Assessorato della Salute	5		Si (allegare relazione)	SI	5
13	Prescrizioni dematerializzate (Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 7)	13.1	Coordinamento dell'obiettivo e monitoraggio relativamente agli indicatori: - Percentuale di Medici Dipendenti, territoriali e SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici - N. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette dematerializzate prescritte/medici abilitati)	5		Si (allegare report e relazione)	51/117=43,5% 4.245/51=81,6	5
14	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 8)	14.1	N. dei consensi informati acquisiti e caricati nel sistema informatico del FSE	5		>=200	239	5
15	Notifica delle malattie infettive (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 1 - intervento 1.3.E e 1.3.F)	15.1	N. di casi di malattie infettive notificati in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio / N. di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbilli, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	5		>=70%	0/0 100%	5
16	Flussi informativi (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3b)	16.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	5	SI	SI	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Medicina interna**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	10	36/36 100%	>=90%	7 / 7 100%	10
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	10	34/34 100%	>=90%	7 / 7 100%	10
4	Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl.ord. GURS n.54 9 dicembre 2016) Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	4.1	N. pazienti con diagnosi di BPCO in trattamento con NIMV (ventilazione meccanica non invasiva) / n. pazienti con BPCO e indicazione alla NIMV	10	60/60 100%	>=90%	4 / 4 100%	10
		4.2	N. pazienti con BPCO per i quali si effettua dimissione facilitata / N. pazienti con BPCO eleggibili per dimissione facilitata	10	NO giustificato	>=90%	17 / 17 100%	10
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	45/45 100%	100%	45/45 100%	15
6	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	6.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		SI (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	10
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	47/53 88,67%	10
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	1,05 (2018) 0,57 (2019) >46%	3,29
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		SI (allegare relazione)	SI	10
totale peso				100				98,29
% performance organizzativa raggiunta								98,29%

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Chirurgia generale**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	20		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	20
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	25	100%	100%	81/81 100%	25
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	20		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	20
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	SI	5
7	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	7.1	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	10	41/44 93,18%	>=95,3% (fra 70% e 95,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	35 /49 71,43% fonte BI	0,56
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	1,05 (2018) 0,57 (2019) >46%	3,29
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Si (allegare relazione)	SI	5
totale peso				100				88,29
% performance organizzativa raggiunta								88,29%

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOC Ortopedia e traumatologia**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Miglioramento della relazione medico-paziente	3.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	15		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	15
4	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	4.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	20	70/70 93,18%	100%	77/57 >100%	20
5	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	5.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	15		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	15
6	Miglioramento dell'empowerment del paziente	6.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Si (allegare relazione)	SI	5
7	Gestione dei pazienti > 65 aa con frattura femore: applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015)"Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016	7.1	Monitoraggio degli indicatori del Decreto Assessorato della salute n. 2525/2015 e del Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00	15	SI	Si (Inviare dati di monitoraggio trimestrale a UOC Ospedalità Pubblica)	SI	15
8	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65	8.1	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	10	31/73 42,47%	>=94,3% (fra 60% e 94,3% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	54/104 51,92% fonte BI	0
9	Pronto Soccorso – Gestione del sovrappollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	9.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	1,05 (2018) 0,57 (2019) >46%	3,29
		9.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovrappollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	5		Si (allegare relazione)	SI	5
totale peso				100				88,29
% performance organizzativa raggiunta								88,29%

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Cardiologia - UTIC con emodinamica								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. 1 n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA e SCA (sindrome coronarica acuta) per i quali, sulla base del rischio emorragico, si forniscono indicazioni nella relazione di dimissione del tipo e dei tempi di terapia antiaggregante e anticoagulante / N. pazienti con FA e SCA dimessi	20	162/170 95,3%	>=90%	170 / 187 90,9%	20
4	Miglioramento della relazione medico-paziente	4.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	10		Si (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	10
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	54/54 100%	100%	54/54 100%	15
6	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	6.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità documentate nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		Si (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	10
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	96 / 96 100%	10
8	Esiti - obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: sub-obiettivo 2.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	8.1	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	10	82/92 89,13%	>=91,8% (fra 60% e 91,8% il peso verrà attribuito in proporzione alla percentuale raggiunta)	62 / 70 88,57% fonte BI	8,98
9	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	9.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	65,36 (2018) 69,61 (2019) >56,4%	4,03
		9.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		Si (allegare relazione)	SI	10
totale peso				100				98,01
% performance organizzativa raggiunta								98,01%

Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo UOC Geriatria								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. l n. 20 12 maggio 2017) (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.3.A)	3.1	N. pazienti con FA con valutazione di rischio trombotico CHA2DS2-VASc / N. pazienti con FA	15		>=90%	50 / 50 100%	15
		3.2	N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2 trattati con anticoagulanti orali (esclusi pazienti con controindicazioni) / N. di pazienti con FA con score di rischio trombotico CHA2DS2-VASc ≥ 2	15		>=90%	27 / 27 100%	15
4	Miglioramento della relazione medico-paziente	4.1	Definizione e affissione nell'U.O. in luogo visibile delle modalità di comunicazione delle informazioni cliniche ai pazienti e/o loro incaricati che prevedano: - nominativi del personale sanitario che fornisce le informazioni - giorni e orari - luogo	10		SI (allegare relazione che riporti i contenuti previsti con le iniziali per i nominativi del personale sanitario)	SI	10
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (sommministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	111/108 100%	100%	107 / 113 94,6%	14,19
6	Miglioramento dei processi di assistenza sanitaria nel P.O.	6.1	Partecipazione da parte del Responsabile U.O. o suo delegato agli incontri semestrali organizzati dalla Direzione medica di P.O. per l'individuazione delle principali criticità nei processi di assistenza sanitaria e la pianificazione delle azioni correttive.	10		SI (allegare relazione) N.B: in caso di assenza o tardiva (anticipo < 1 settimana) convocazione da parte della Direzione di P.O. il peso dell'obiettivo sarà stralciato	SI	10
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	N. pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica / N. pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva) (vedi "allegato empowerment")	10		>=80%	135 / 163 82,82%	10
8	Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 5)	8.1	Miglioramento dell'indicatore di efficienza operativa 2019 rispetto al 2018 N.B: Efficienza operativa t = n.pazienti con permanenza >24 ore al PS al tempo t / n.pazienti con permanenza < 24 ore al PS al tempo t	5		>= 70%	1,05 (2018) 0,57 (2019) >46%	3,29
		8.2	Attuazione degli interventi di competenza previsti dal Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento Pronto Soccorso (delibera n.219 del 25/02/2019) secondo le indicazioni del responsabile dell'intervento, ove previsto	10		SI (allegare relazione)	SI	10
totale peso				100				97,48
% performance organizzativa raggiunta								97,48%

**Distretto Ospedaliero n.3 - P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
UOS Gastroenterologia ed endoscopia - Screening colon retto**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Screening oncologici (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 1): Screening oncologico relativo al tumore del colon retto	3.1	ESTENSIONE: N. di soggetti invitati / popolazione target	15		100%	167.331/167.331 100%	15
		3.2	ADESIONE: N. di soggetti che aderiscono al programma di screening / N. di soggetti invitati	5		>=50%	34.426/155.645 22%	0
		3.3	Esistenza di PDTA per lo Screening oncologico relativo al tumore del colon retto	25		Sì (allegare documento e relazione)	SI	25
		3.4	N. di colonscopie con raggiungimento del cieco/ N. di colonscopie eseguite	20	98%	>=90%	778 / 802 97%	20
		3.5	N. di colonscopie con pulizia adeguata/ N. di colonscopie eseguite	25		>=90%	789 / 802 98,5%	25
totale peso				100				95
% performance organizzativa raggiunta								95%

Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo
UOC Medicina fisica e riabilitazione intensiva

UOC	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
4	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti degenti del Centro "Villa delle Ginestre"	4.1	N. cartelle cliniche con presenza di progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. cartelle cliniche dei pazienti degenti	35	94/94 100%	>=90% (allegare report)	108 / 113 95,57%	35
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 -intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	30	30/30 100%	100%	30 / 30 100%	30
6	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	6.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida)	20		SI (allegare documento)	SI	20
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		SI (allegare relazione)	SI	5
			totale peso	100				100
						% performance organizzativa raggiunta		100%

Distretto Ospedaliero n.3 - Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" di Palermo UOC Medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale								
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.R. 2018	V.A. 2019	V.R. 2019	punteggio attribuito
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza (obiettivi contrattuali generali 2019-2021: obiettivo 3c)	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	100%	100%	5
3	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti degenti presso il P.O. Ingrassia	3.1	N. pazienti degenti presso P.O. Ingrassia per i quali si effettua la valutazione fisiatrica ai fini della redazione del Progetto riabilitativo / N. pazienti degenti nel P.O. Ingrassia per i quali si è ricevuta richiesta di valutazione fisiatrica ai fini della redazione del Progetto riabilitativo	25		> 90%	104 / 104 100%	25
4	Redazione di progetto riabilitativo per i pazienti ambulatoriali del Centro "Villa delle Ginestre"	4.1	N. pazienti con presenza di progetto riabilitativo che fissi obiettivi a breve, medio e lungo termine / N. pazienti destinatari di progetto riabilitativo	25		>=90% (allegare report)	20 / 20 100%	25
5	Misurazione della qualità percepita (obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento 2019-2020: obiettivo 11 - Area 2 - intervento 2.2.A)	5.1	N. pazienti a cui è stata richiesta disponibilità a valutazione della qualità percepita (somministrazione informativa, acquisizione consenso e caricamento su piattaforma informatica) / N. totale pazienti previsti da programma Assessorato salute	15	100%	100%	144 / 144 100%	15
6	Elaborazione di documentazione a supporto dell'attività clinico-assistenziale	6.1	Predisposizione, entro 4 mesi dalla consegna degli obiettivi budget 2019, di regolamento di accettazione e presa in carico del paziente comprendente i riferimenti alla documentazione a supporto (procedure, protocolli, linee guida)	20		Sì (allegare documento)	SI	20
7	Miglioramento dell'empowerment del paziente	7.1	Progettazione e realizzazione di attività mirate al miglioramento dell'empowerment del paziente dedicando ameno due ore settimanali	5		Sì (allegare relazione)	SI	5
totale peso				100				100
% performance organizzativa raggiunta								100%

Allegato 1 Obiettivo - Empowerment ed Educazione del paziente

Presidi Ospedalieri

Valore atteso 80%	
Indicatore 1	% di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione di cronicità
Razionale e descrizione	<p>Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi. L'indagine deve contenere anche aspetti legati alle dimissioni. La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati.</p> <p>Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'indagine sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?".</p>
Numeratore	Numero di pazienti per i quali è documentata una informazione approfondita sulla gestione della propria patologia cronica
Denominatore	Pazienti con patologie croniche target in diagnosi principale o secondaria (Diabete mellito, Scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva)
Fonte dei dati	Cartella clinica (presenza di documentata informazione al paziente su: controllo dei fattori di rischio; modalità di assunzione della terapia; uso di devices; gestione delle urgenze) Indagine, interviste
Stratificazione	Reparti, età, sesso, presenza di malattie croniche
Note	Il metodo di indagine dovrebbe evidenziare le principali azioni di autogestione che il paziente deve saper identificare.



ALLEGATO 3

LE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE

Scheda di valutazione anno _____
Area Dirigenza
Direttore di UOC/Macrostruttura

Nome e Cognome:	Matr:
Incarico:	
Distretto/Dipartimento/Presidio :	
Unità Operativa Complessa:	

Colloquio di condivisione degli obiettivi è stato effettuato il ___/___/___

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance

- visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;

- dato atto dell'avvenuta assegnazione degli obiettivi individuali annuali a cascata e del monitoraggio in itinere degli stessi;

- tenuto conto dei comportamenti generali, delle competenze professionali e della qualità del contributo del valutato alla performance dell'U.O.;

- vista l'allegata relazione individuale sull'attività svolta;

esprime la seguente

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

CALCOLO PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

PUNTEGGIO AREA A) Raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativa all'ambito <u>organizzativo di diretta responsabilità</u>	0,00
PUNTEGGIO AREA B) Comportamenti generali, competenze professionali, manageriali e <u>tecnico scientifiche</u>	0,00
PUNTEGGIO AREA C) Competenze manageriali specifiche	0,00
TOTALE*	0,00

* La valutazione è positiva se il punteggio è superiore o uguale a 46

Feed Back del valutato commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:

Colloquio di valutazione finale con il valutato è stato effettuato il ___/___/___

Timbro e firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 60/100

Raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativa all'ambito organizzativo di diretta responsabilità

Riportare in quest'area la valutazione della performance organizzativa (punteggio attribuito alla U.O.C./Macrostruttura) valutata dall'OIV: _____

Valutazione della macrostruttura		0
----------------------------------	--	---

Punteggio area A

0,00

N.B. ALLEGARE A QUEST'AREA LA SCHEDA BUDGET DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'ANNO DI RIFERIMENTO

AREA B - peso 25/100

Comportamenti generali

b.1 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica la capacità di programmare le attività dell'U.O. in funzione dei bisogni degli utenti e per la soddisfazione delle loro esigenze	1	2	3	4	5
b.2 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto degli impegni assunti. b.2.1. Esistenza di un Piano di macrostruttura /U.O.C. collegato all'indirizzo strategico aziendale	1	2	3	4	5
b.3 FLESSIBILITA' Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione e/o delle direttive aziendali	1	2	3	4	5
b.4 SVILUPPO PROFESSIONALE Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso una costante attività di aggiornamento e la condivisione delle conoscenze nel gruppo di lavoro	1	2	3	4	5

Competenze professionali e manageriali

b.5 INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA Indica la capacità di costruire piani di lavoro integrati multi professionali, anche con le altre UU.OO. che interagiscono nel processo di erogazione del servizio. b.5.1. Realizzazione dei piani di lavoro integrati multiprofessionali e fra UU.OO. o Macrostrutture, con particolare attenzione al monitoraggio dei risultati e all'introduzione dei correttivi necessari.	1	2	3	4	5
b.6 CAPACITA' DI INNOVAZIONE Indica il grado di attenzione all'evoluzione professionale e tecnologica per il miglioramento dei processi di lavoro e per lo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
b.7 AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nel prendere decisioni anche in condizioni d'incertezza ed emergenza e l'assunzione di responsabilità diretta	1	2	3	4	5

Competenze tecnico scientifiche

b.8 Esistenza documentata di un sistema di monitoraggio delle attività della macrostruttura/U.O.C. e di verifica dei risultati	1	2	3	4	5
b.9 Contributo al Piano degli Obiettivi aziendali b.9.1. Esistenza di relazione e/o documenti di monitoraggio delle attività e dei risultati	1	2	3	4	5
b.10 Per i Direttori dell'AREA SANITARIA Attivazione e sviluppo di programmi documentabili di innovazione/riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali in una prospettiva di: - appropriatezza - efficacia - efficienza - centralità dei bisogni globali del paziente/utente	1	2	3	4	5
b.10 Per i Direttori dell'AREA PROFESSIONALE TECNICA E AMMINISTRATIVA Attivazione e sviluppo di programmi documentabili di innovazione/riorganizzazione delle attività amministrative con particolare riferimento allo snellimento burocratico e al supporto all'attività assistenziale					

Punteggio area B

0,00

AREA C - peso 15/100

Competenze manageriali specifiche					
c.1 VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE Indica la capacità di individuare e valorizzare le specifiche competenze dei propri collaboratori e la capacità di differenziare i giudizi ai fini delle valutazioni, la gestione della conciliazione delle controversie in ambito di valutazione.	1	2	3	4	5
c.2 CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI Indica il grado di conoscenza delle linee strategiche aziendali e di partecipazione alla loro definizione attraverso contributi specifici.c.2.1. Esistenza di gestione organizzativa flessibile e congruente con la strategia aziendale.	1	2	3	4	5
c.3. GESTIONE DELLA LEADERSHIP Indica il grado di autorevolezza nel determinare un clima di collaborazione nel gruppo di lavoro (UOC/Macrostruttura); la capacità di prevenire e gestire eventuali conflitti organizzativi sia all'interno della struttura che con le altre articolazioni aziendali.	1	2	3	4	5
<i>Punteggio area C</i>					0,00

Scheda di valutazione anno _____

Area Dirigenza

Dirigenti con incarico *professional* o di Responsabile UOS

Nome e Cognome:	Matr:
Incarico:	
Distretto/Dipartimento/Presidio :	
Unità Operativa Complessa:	
Unità Operativa Semplice:	

Assegnazione degli obiettivi in data ____/____/____

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance

- visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;

- dato atto dell'avvenuta assegnazione degli obiettivi individuali annuali a cascata e del monitoraggio in itinere degli stessi;

- tenuto conto dei comportamenti generali, delle competenze professionali e della qualità del contributo del valutato alla performance dell'U.O.;

- vista l'allegata relazione individuale sull'attività svolta;

esprime la seguente

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

PUNTEGGIO AREA A) Raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativa all'ambito	0,00
PUNTEGGIO AREA B) Comportamenti generali, competenze professionali, manageriali	0,00
PUNTEGGIO AREA C) Qualità del contributo alla performance generale della struttura	0,00
TOTALE*	0,00

* La valutazione è positiva se il punteggio è superiore o uguale a 40

Feed Back del valutato commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:

--

Colloquio di valutazione finale con il valutato è stato effettuato il ____/____/____

Timbro e firma del Responsabile UOS (solo per la Dirigenza Professional) _____

Timbro e firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

AREA A - peso 55/100

Raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativa all'ambito organizzativo di diretta responsabilità

Descrizione degli obiettivi assegnati e definizione del valore atteso (indicare da 1 a max 3 obiettivi)	Peso obiettivo*	% ragg. obiettivo	Punteggio
a.1			0
a.2			0
a.3			0
Punteggio area A			0,00

(*) ATTENZIONE: il totale dei pesi degli obiettivi a.1, a.2 e a.3 deve essere uguale al peso area A

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

AREA B - peso 30/100

Comportamenti generali

b.1 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica la capacità di programmare le attività dell'U.O. in funzione dei bisogni degli utenti e per la soddisfazione delle loro esigenze	1	2	3	4	5
b.2 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto degli impegni assunti.	1	2	3	4	5
b.3 FLESSIBILITA' Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione e/o delle direttive aziendali	1	2	3	4	5
b.4 SVILUPPO PROFESSIONALE Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso una costante attività di aggiornamento e la condivisione delle conoscenze nel gruppo di lavoro	1	2	3	4	5
b.5 RELAZIONI CON I COLLEGHI Indica il grado di partecipazione e collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'Unità Operativa	1	2	3	4	5

Competenze professionali e manageriali

b.6 INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA Indica la capacità di costruire piani di lavoro integrati multi professionali, anche con le altre UU.OO. che interagiscono nel processo di erogazione del servizio.	1	2	3	4	5
b.7 CAPACITA' DI INNOVAZIONE Indica il grado di attenzione all'evoluzione professionale e tecnologica per il miglioramento dei processi di lavoro e per lo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
b.8 AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nel prendere decisioni anche in condizioni d'incertezza ed emergenza e l'assunzione di responsabilità diretta	1	2	3	4	5
b.9 VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE b.9.1. Per i Responsabili U.O.S.:Capacità di individuare le specifiche competenze dei propri collaboratori, di valorizzarle attraverso l'attribuzione di specifici compiti e obiettivi, nonché di differenziare i giudizi ai fini delle valutazioni. b.9.2 Per la Dirigenza professionale:capacità di individuare e valorizzare le specifiche competenze dei propri collaboratori.	1	2	3	4	5
b.10 CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI Indica il grado di conoscenza delle linee strategiche aziendali e di partecipazione alla loro definizione attraverso contributi specifici	1	2	3	4	5
b.11 GESTIONE DELLE RELAZIONI INTERNE AL GRUPPO DI LAVORO Indica il grado di autorevolezza nel determinare un clima relazionale di collaborazione nell'U.O.	1	2	3	4	5
b.12 GESTIONE DEI CONFLITTI Indica la capacità di prevenire e gestire gli eventuali conflitti organizzativi sia all'interno della struttura che con altre strutture	1	2	3	4	5

Punteggio area B

0,00

AREA C - peso 15/100

Qualità del contributo alla performance generale della struttura					
c.1 CONTRIBUTO AL CICLO DELLA PERFORMANCE Indica il grado di responsabilità nella programmazione e gestione degli obiettivi annuali assegnati all'Unità Operativa	1	2	3	4	5
c. 2 CONTRIBUTI AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica il grado di partecipazione e coordinamento del processo di sviluppo e miglioramento delle attività dell'unità operativa	1	2	3	4	5
c. 3 CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecnico specifiche agite per la gestione delle attività di servizio	1	2	3	4	5
<i>Punteggio area C</i>					0,00

"Allegato A"

Scheda di valutazione anno _____ Area Comparto

Nome e Cognome:	Matr.
Profilo Professionale/Qualifica	
Distretto/Dipartimento/Presidio :	
Unità Operativa Complessa:	
Unità Operativa Semplice:	

Assegnazione degli obiettivi in data ___/___/___

Firma del valutando _____

Firma del valutatore _____

Il Direttore sovraordinato,

- visto il Piano della Performance

- visto il Regolamento aziendale in materia di valutazione individuale;

- dato atto dell'avvenuta assegnazione degli obiettivi individuali annuali a cascata e del monitoraggio in itinere degli stessi;

- tenuto conto dei comportamenti generali, delle competenze professionali e della qualità del contributo del valutato alla performance dell'U.O.;

esprime la seguente

VALUTAZIONE FINALE

(da compilare al termine del processo di valutazione)

PUNTEGGIO FINALE COMPLESSIVO

PUNTEGGIO AREA A) Raggiungimento di specifici obiettivi individuali e/o di gruppo	0,00
PUNTEGGIO AREA B) Comportamenti generali e competenze professionali	0,00
PUNTEGGIO AREA C) Qualità del contributo alla performance dell'Unità Operativa	0,00
TOTALE*	0

* La valutazione è positiva se il punteggio è superiore o uguale a 21

Feed Back del valutato (commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta):

Colloquio di valutazione finale con il valutato è stato effettuato il ___/___/___

Timbro e firma del Responsabile UOS _____

Timbro e firma del Direttore UOC/Macrostruttura _____

Firma del valutato _____

"Allegato A"

AREA A - peso 30/100

Raggiungimento di specifici obiettivi individuali e/o di gruppo

Descrizione degli obiettivi assegnati e definizione del valore atteso	Peso obiettivo*	% ragg. obiettivo	Punteggio
a.1	0	0	0
a.2	0	0	0
a.3	0	0	0

Punteggio area A

0,00

(*) ATTENZIONE: il totale dei pesi degli obiettivi a.1, a.2 e a.3 deve essere uguale al peso area A

N.B. Sostituire il punteggio prescelto con una X

AREA B - peso 50/100

Comportamenti generali e competenze professionali

b.1 COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI Indica la capacità di svolgere la propria attività con competenza ed efficienza in relazione alla propria qualifica professionale.	1	2	3	4	5
b.2 AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nell'affrontare e risolvere i problemi della propria area di lavoro e il livello di assunzione di responsabilità nell' agire il proprio ruolo.	1	2	3	4	5
b.3 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica la capacità di formulare adeguate risposte e possibili soluzioni alle necessità e ai bisogni dell'utenza , programmando ed espletando la propria attività in funzione di quest'ultima	1	2	3	4	5
b.4 RELAZIONE CON I COLLEGHI Indica il grado di partecipazione e collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
b.5 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' Indica la capacità di programmazione ed organizzazione delle proprie attività nel rispetto agli impegni assunti.	1	2	3	4	5
b.6 FLESSIBILITA' Indica il grado di disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione o dei compiti .	1	2	3	4	5
b.7 SVILUPPO PROFESSIONALE Indica la capacità di innovazione delle proprie competenze attraverso l'autoformazione e l'aggiornamento.	1	2	3	4	5
b.8 RAPPORTO CON L'UTENZA Indica il grado di cortesia e disponibilità nella risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5

Punteggio area B

0,00

"Allegato A"

AREA C - peso 20/100

Qualità del contributo alla performance dell'Unità Operativa					
c.1 CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica il grado di partecipazione attiva allo sviluppo e il miglioramento delle attività dell'unità operativa cui è assegnato	1	2	3	4	5
c.2 CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecniche specifiche messe in atto nella gestione delle attività di servizio	1	2	3	4	5
<i>Punteggio area C</i>				0,00	